

M 2013



A IMAGEM CORPORAL NA INFERTILIDADE

A INFERTILIDADE NO FEMININO

RITA NADINE ALVES ANTUNES
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A IMAGEM CORPORAL NA INFERTILIDADE:
A INFERTILIDADE NO FEMININO**

Rita Nadine Alves Antunes

Outubro 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora Maria Raquel Barbosa (F.P.C.E.U.P.).

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que contribuíram decisivamente no meu percurso de vida e no meu percurso académico. Sem dúvida que todos de uma forma ou de outra me enriqueceram e permitiram o meu crescimento. Nestes cinco anos concretizei sonhos, construí amizades, abracei desafios, fortaleci conhecimentos, lutei, suei e dei o meu melhor para que o meu trabalho fosse reconhecido. Aqui ficam algumas palavras sentidas de reconhecimento e gratidão.

Em primeiro lugar, queria agradecer às mulheres que participaram no meu estudo pela possibilidade que me deram para avançar com esta temática que tanto me inspira.

À Associação Portuguesa de Fertilidade que se disponibilizou tão prontamente a divulgar o inquérito *online* no seu fórum e nas redes sociais e que presta um serviço tão louvável no apoio aos casais que se debatem com problemas de fertilidade.

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Raquel Barbosa, que me acompanhou no meu percurso académico, que me brindou com o seu modelo de psicóloga, com a sua prática na consulta psicológica e que me guiou durante este percurso de investigação. Obrigada, por acreditar que era capaz de ver este tema concretizado, pelos seus reparos teóricos e metodológicos, que, certamente, enriqueceram este trabalho, me possibilitaram abrir horizontes e me fizeram ir mais longe.

Às minhas meninas, a Cláudia, a Maria e à Marisa por ao longo deste percurso terem testemunhado momentos de alegria, de companheirismo e de grande amizade. Têm um lugar especial no meu coração e sabem que mesmo ausentes e distantes fisicamente, os momentos de partilha serão sempre sentidos como se estivéssemos sempre em união.

À Bruna, à Ana e à Vanessa que preencheram vários momentos académicos e não só com uma excelente dose de humor e de união.

Ao João, o meu amigo de liceu, que me atura há anos e que não perde uma oportunidade para criticar o meu clube de coração. Ele sabe que tenho um carinho muito

grande e que esta amizade durará muitos anos. Espero que ele consiga atingir um dia tudo aquilo que ele desejar.

Ao Dioguinho, o meu pestinha, que me enche de perguntas sobre o que é a faculdade e que me faz acreditar que a infância é de facto uma das melhores fases da nossa vida. Aprendemos um com o outro diariamente. Por me fazeres acreditar que sou a melhor explicadora do mundo e por te preocupares com a defesa da tese, mesmo nem fazendo ideia do que é!

Ao João que ao longo de quase todo o meu percurso académico me mostrou um outro lado da vida. És a prova de que as certezas muitas vezes são abaladas para darem espaço a outras. A ti reservo um lugar especial no meu coração e na minha vida.

Aos meus avós, Domingos e Isabel, por me acompanharem durante a minha vida, pelos mimos, pelas histórias partilhadas, pelos incentivos e pelas palavras doces. Amo-vos com todo o coração e estou eternamente grata por ser a “menina dos vossos olhos”.

Ao meu pai que preenche um importante lugar no meu coração e que, mesmo não estando sempre presente, tem um enorme orgulho em mim e nas minhas realizações. Vou ser sempre a tua Tita e vou estar sempre aqui para te apoiar.

À pessoa que me deu a vida, que esteve sempre presente, que me ensinou que os sonhos têm de ser seguidos. A ti, mãe, devo-te um amor incondicional e um enorme carinho, sabes que és a pessoa mais importante da minha vida. O teu lugar nunca será substituído. Por tudo e por mais ainda, o prémio é teu e esta etapa cumprida é uma conquista tua também!

A todos, o meu profundamente sentido, obrigada!

Rita Antunes
Porto, Outubro de 2013

RESUMO

A infertilidade é considerada pela OMS como um problema de saúde pública, caracterizado como a ausência de uma gravidez após um ano de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção. Sabendo que a infertilidade e os próprios tratamentos podem ter implicações relevantes em termos físicos, é surpreendente que existam muito poucos estudos que explorem a forma como os indivíduos experienciam o seu corpo, particularmente ao nível da imagem corporal. O presente trabalho de investigação procura constituir-se como uma interface entre a imagem corporal e a infertilidade nas mulheres, apoiado em análises quantitativas e qualitativas. Pretende-se conhecer o impacto da infertilidade na qualidade de vida das mulheres, particularmente na sua imagem corporal.

Participaram neste estudo 70 mulheres, com diferentes tipos de diagnóstico, com idades compreendidas entre os 26 e os 44 anos de idade ($M = 33,83$; $DP = 3,76$). Os instrumentos utilizados foram o *Body Image Scale* para a avaliação da insatisfação corporal, o *FertiQol Internacional* para avaliar o impacto da infertilidade na qualidade de vida e um questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial. Os dados foram recolhidos através de um inquérito online.

Os resultados sugerem a existência de importantes variáveis com impacto na insatisfação corporal destas mulheres, nomeadamente o tempo de diagnóstico, a perceção de uma boa relação conjugal, o IMC, a satisfação com os tratamentos e a qualidade de vida, todas negativamente associadas à insatisfação corporal. Verificou-se que 32% da variância da insatisfação corporal é explicada pelas dimensões da qualidade de vida, qualidade dos tratamentos e pelo IMC, apesar de apenas a qualidade de vida relacional se assumir como preditor relevante. Percebeu-se, ainda, que os significados atribuídos por estas mulheres à infertilidade são maioritariamente negativos e associados à experiência de perda e de incompletude. Da mesma forma, na vivência corporal desta experiência, salienta-se o significado da maternidade, a frustração e impotência perante um corpo que *não funciona*, salientando-se uma grande insatisfação pelas implicações físicas dos tratamentos.

Finalmente, a forma como as mulheres vivenciam o seu corpo, e como lidam com as transformações decorrentes do processo de tratamento, será uma dimensão importante a ter em atenção pelos profissionais de saúde no acompanhamento de mulheres com diagnóstico de infertilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Imagem corporal; infertilidade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Infertility is considered by WHO as a public health problem, characterized as the absence of a pregnancy after one year of regular intercourse without using contraception. Knowing that infertility and the treatments themselves may have important implications in physical terms, it is surprising that there are very few studies that explore how individuals experience their body, particularly at the level of body image.

This research paper seeks to establish itself as an interface between body image and infertility in women, supported by quantitative and qualitative analysis. Aims to understand the impact of infertility on women quality of life particularly in their body image.

70 women have participated in this study, with different types of diagnostic, aged between 26 and 44 years of age ($M = 33.83$, $SD = 3,76$). The instruments used were the *Body Image Scale* for the assessment of body dissatisfaction, the *FertiQol International* to assess the impact of infertility on quality of life and a sociodemographic questionnaire, clinical and psychosocial. Data were collected through an online survey.

The results suggest the existence of significant variables that have an impact on body dissatisfaction of these women, including the time of diagnosis, the perception of a good marital relationship, BMI, satisfaction with treatment and quality of life, all negatively associated. It is further than 32 % of the variance in body dissatisfaction is explained by the dimensions of quality of life and health care dimensions, and by BMI, although only the relational quality of life is a significant predictor. It was noticed also that the meanings attributed by these women with infertility are mostly negative and associated with the experience of loss and incompleteness. Likewise, in the living body of this experience, emphasizes the significance of motherhood, frustration and powerlessness in a body that doesn't work, emphasizing strong dissatisfaction by physical implications of treatments.

Finally, the way women experience their bodies and how they deal with the changes resulting from the treatment process will be an important dimension for attention by health professionals in monitoring women diagnosed with infertility.

KEYWORDS: body image; infertility; quality of life.

RÉSUMÉ

L'infertilité est considérée par l'OMS comme un problème de santé publique, caractérisé par l'absence d'une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers sans utiliser la contraception. Sachant que l'infertilité et les traitements eux-mêmes peuvent avoir des implications importantes en termes physiques, il est surprenant de constater qu'il ya très peu d'études qui explorent la façon dont les individus vivent leur corps, en particulier au niveau de l'image corporelle.

Ce document de recherche vise à s'imposer comme une interface de l'image corporelle et l'infertilité chez les femmes, soutenu par une analyse quantitative et qualitative entre les deux. Vise à comprendre l'impact de l'infertilité sur la qualité de vie des femmes, notamment dans leur image corporelle.

70 femmes ont participé à cette étude, avec différents types de diagnostic, âgés entre 26 et 44 ans ($M = 33,83$, $SD = 3,76$). Les instruments utilisés étaient le corps échelle de l'image pour l'évaluation de l'insatisfaction corporelle, le FertiQol internationale pour évaluer l'impact de l'infertilité sur la qualité de vie et un questionnaire sociodémographique, clinique et psychosocial. Les données ont été recueillies au moyen d'un sondage en ligne.

Les résultats suggèrent l'existence de variables importantes qui ont un impact sur l'insatisfaction corporelle de ces femmes, y compris le moment du diagnostic, la perception d'une bonne relation conjugale, l'IMC, la satisfaction avec le traitement et la qualité de vie, le tout associé négativement. Il est en outre de 32% de la variance de l'insatisfaction corporelle est expliqué par les dimensions de la qualité de vie, qualité des soins, et par l'IMC, bien que la qualité de vie relationnel prennent important comme facteur prédictif. On a remarqué également que les significations attribuées par les femmes atteintes d'infertilité sont souvent négative et associée à l'expérience de la perte et de l'incomplétude. De même, dans le corps vivant de cette expérience, souligne l'importance de la maternité, de frustration et d'impuissance dans un corps qui ne fonctionne pas, soulignant son vif mécontentement par des conséquences physiques de traitements.

Enfin, la façon dont les femmes vivent leur corps et comment ils traitent avec les changements résultant du processus de traitement sera une dimension importante pour attirer l'attention des professionnels de santé à surveiller les femmes diagnostiquées avec l'infertilité.

MOTS-CLÉ: l'image corporelle, l'infertilité, la qualité de vie.

LISTA DE ABREVIATURAS

α – Alfa de Cronbach

β - Beta

BIS – Body Image Scale (Escala de Imagem Corporal)

cf. Confrontar

d - *d* de Cohen

DP - Desvio Padrão

Ed. - Editor

e.g. - Por exemplo (do latim exempli gartia)

et al. - E outros (do latim et alii)

F - *F statistics* ou *F-ratio*

FIVs - Fertilização In-Vitro

IBM SPSS Statistics - Statistical Package for the Social Sciences

ICSIs - Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

IMC - Índice de Massa Corporal

M - Média

η^2 - Eta quadrado

n - Número de elementos de uma parte limitada da amostra

No. - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

p. (pp.) - Página (páginas)

QDV - Qualidade de Vida

r - Coeficiente Correlação de Pearson

R^2 - Coeficiente de determinação

R^2 **ajustado** - Coeficiente de determinação ajustado

RMA – Reprodução Medicamente Assistida

t - *t* de student

VD – Variável Dependente

VIs – Variáveis Independentes

WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL	3
1. Infertilidade	3
1.1. Causas de infertilidade	4
1.2. A importância da abordagem psicológica na problemática da infertilidade	5
1.3. Implicações psicossociais da infertilidade	7
2.Imagem Corporal	11
3. Imagem Corporal e Infertilidade	16
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO	18
1. Objetivos e hipóteses	18
1.1. Objetivos específicos e hipóteses	18
2. Método	23
2.1. Participantes	23
2.2. Instrumentos	25
2.2.1. <i>FertiQol Internacional</i> – Questionário sobre a Fertilidade e Qualidade de Vida	25
2.2.2. <i>BIS</i> – Body Image Scale	27
2.2.3. Questionário sociodemográfico e clínico	28
2.3. Procedimento	28
3. Apresentação e discussão dos resultados quantitativos	29
4. Apresentação e discussão dos dados qualitativos	42
4.1. Representações da infertilidade	43
4.2. Representações da vivência corporal na infertilidade	45
CAPÍTULO III: CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análises descritivas da BIS e do FertiQol

Tabela 2 – Análises descritivas das dimensões principais do FertiQol

Tabela 3 – Correlação de Pearson entre a insatisfação corporal, a idade e o tempo de diagnóstico

Tabela 4 – Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e a insatisfação corporal

Tabela 5 – Modelo de regressão múltipla: VI's (IMC, FertiQol Emocional, FertiQol mente/corpo, FertiQol relacional, FertiQol relacional e FertiQol Tratamento); VD (Insatisfação corporal)

Tabela 6 – Síntese das categorias, subcategorias, frequência e definição das representações da infertilidade.

Tabela 7 – Síntese das categorias, subcategorias, frequência e definição das representações da vivência corporal antes do diagnóstico

Tabela 8 – Síntese das categorias, subcategorias, frequência e definição das representações da vivência corporal depois do diagnóstico

LISTA DE ANEXOS¹

Anexo 1 – Consentimento informado

Anexo 2 – Questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial

Anexo 3 – *Body Image Scale*

Anexo 4 – *FertiQol Internacional*

¹ Por razões éticas e de direitos de autor, os anexos 3 e 4 só estão disponíveis nos exemplares dos elementos do júri.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Historicamente, a infertilidade é vista como uma condição estigmatizante, especialmente para a mulher. Apontada como uma crise no ciclo de vida de um casal, a infertilidade é a incapacidade de um casal gerar um filho depois de um ano de relações sexuais, sem o recurso a métodos contraceptivos. Atualmente, sabe-se que a infertilidade afeta igualmente homens e mulheres, contudo são as mulheres que são submetidas à maior parte dos tratamentos de fertilidade, mesmo quando a causa do diagnóstico não é feminina.

A maternidade é construída socialmente como uma conquista de se ser mulher e como uma etapa normativa na sua vida. Consequentemente, a infertilidade, isto é, a incapacidade de gerar uma vida, assume-se como uma condição estigmatizante e desviante das expectativas socialmente aceites atualmente (Bayle & Martinet, 2008; Moura – Ramos, 2011; Trindade & Enumo, 2001)

A forma como o corpo é vivido na infertilidade é um tema que não tem sido representado na literatura, continuando-se a associar o estudo da imagem corporal a outras variáveis, nomeadamente às perturbações do comportamento alimentar. Os estudos que têm explorado as variáveis psicossociais associadas à infertilidade têm-se focalizado no estudo da ansiedade, da depressão e de outras perturbações do foro afetivo em pessoas com este diagnóstico e, alguns mais recentes, relacionam as variáveis referidas com estratégias de *coping*, stresse, satisfação conjugal, qualidade de vida e apoio social percebido (Aarts, Huppelschoten, Empel, Boivin, Verhaak, Kremer & Nelen, 2011; Burns & Covington, 2000; Cash, 2004; Cash & Smolak, 2011; Chang & Mu, 2007; Cousineau & Domar, 2006; Delgado, 2007; Fassino, Piero, Boggio, Piccioni, & Garzaro, 2002; Himelein & Thatcher, 2006; Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011). Porém não foi encontrada investigação que direcione a sua atenção para as implicações da infertilidade na imagem corporal e na forma como as mulheres se sentem com o seu corpo.

Por conseguinte, este trabalho pretende ser um contributo para a investigação e para uma melhor compreensão na forma como as mulheres vivenciam a experiência da infertilidade, particularmente ao nível da sua qualidade de vida e satisfação corporal.

A pertinência deste estudo é sustentada não só pelo difícil acesso à população clínica em análise (mulheres com diagnóstico de infertilidade), bem como a reduzida

investigação existente sobre esta temática na literatura portuguesa e internacional. Uma vez que se pretende uma leitura integrativa do impacto da infertilidade na qualidade de vida e na insatisfação corporal, recorreu-se a uma abordagem mista de recolha e análise de dados; quantitativa, com a utilização de questionários de autorrelato e qualitativa, através de algumas questões abertas, de maneira a complementar informação e a enriquecer as análises empreendidas.

No Capítulo I (Enquadramento Teórico-Concetual) é apresentada uma revisão da literatura acerca da temática e dos principais conceitos explorados no estudo, como a imagem corporal e a infertilidade, bem como a relação entre ambos.

No Capítulo II (Estudo Empírico) apresentam-se os objetivos, as hipóteses formuladas e o Método (focando os Participantes, os Instrumentos e o Procedimento), seguindo-se a Apresentação e Discussão dos Resultados.

Finalmente, no Capítulo III (Conclusões) expõem-se as principais considerações acerca do estudo, bem como as suas limitações, potencialidades e eventuais sugestões para futuras investigações na área.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCETUAL

1. Infertilidade

*"A child within my mind. I see the eye, the hands. I see you also there.
I see you waiting with an honest care,
Within my mind, within my body
And birth and death close to us constantly"*

Elizabeth Jennings

"O desejo de ter um filho é comum nas sociedades humanas e a maioria das pessoas planeia a gravidez e o parto para um determinado período da vida. Apesar de a conceção de uma criança ser o ato mais natural do mundo, nem sempre o objetivo é alcançado com facilidade."

(Associação Portuguesa de Fertilidade)

A infertilidade define-se como a incapacidade de um casal conceber um filho após um ano de relações sexuais "regulares" sem a utilização de métodos contraceptivos. Esta incapacidade reprodutiva do casal, com uma vida sexual ativa é diagnosticada após um ano se a mulher tiver idade inferior a 35 anos, sendo necessário apenas 6 meses se a mulher tiver mais de 35 anos, isto porque à medida que a idade aumenta reduzem-se as hipóteses de engravidar da mulher e acresce o risco de um aborto. Este diagnóstico também abarca o casal que tenha na sua história médica três abortos consecutivos. (Wardle & Cahill, 2010; WHO-ICMART, 2009;).

O critério temporal de um ano existe porque só ao final de um ano de relações sexuais regulares desprotegidas é que a probabilidade de um casal conceber um filho é de 100%, dado que a probabilidade acresce mensalmente. "A maioria dos casais assume que é fértil e espera conseguir conceber logo após a interrupção da contraceção. No entanto, cerca de 10% dos casais em idade reprodutiva são inférteis e pelo menos um quarto viverá um período de subfertilidade no decurso da vida." (Associação Portuguesa de Fertilidade)

A infertilidade pode, ainda, assumir dois tipos: primária e secundária. A infertilidade primária é quando existe a incapacidade para conceber um bebé, enquanto a infertilidade secundária diz respeito à incapacidade de conceber um bebé, no entanto já existem filhos biológicos anteriores, ou seja, a secundária é quando anteriormente não houve problemas em conceber um filho, porém atualmente existe essa incapacidade.

"A minha infertilidade é um duro golpe para minha autoestima, uma violação da minha privacidade, um assalto à minha sexualidade, um exame final na minha capacidade de lidar, uma afronta ao meu senso de justiça, uma lembrança dolorosa que nada pode ser tido como garantido. A minha infertilidade é uma rutura na continuidade da vida. É acima de tudo uma ferida no meu corpo, na minha psique e na minha alma". (Autor desconhecido, in Delgado, 2007)

O desejo de ter um filho está presente na maioria dos casais que anseia um dia alargar a família, porém nem sempre esta intenção é vivida sem obstáculos e a infertilidade é um constrangimento que é colocado no caminho para a concretização deste objetivo. Assim sendo, a infertilidade é um acontecimento não-normativo no ciclo de vida, uma vez que é inesperado que o casal, quando chega a altura de querer ter filhos, não consiga concretizar esse objetivo. No entanto, e como provam as estatísticas, não são escassos os casos em que esta dificuldade se levanta e existem mesmo fases da vida em que as pessoas são consideradas menos férteis, ou seja, que a sua capacidade de ter filhos é mais baixa. Apesar da crescente mediatização que é dada aos problemas de fertilidade atuais há autores que referem que a percentagem de casais inférteis não cresceu, mas sim que atualmente este fenómeno é mais visível e mais conhecido e divulgado pelos meios de comunicação social do que era outrora, daí que pareça que tenha havido um crescimento no número de casos (Wardle & Cahill, 2010).

Torna-se, então, relevante, ficar a conhecer quais os tipos de infertilidade, mas também quais serão as suas eventuais consequências ao nível das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

1.1.Causas de infertilidade

A infertilidade assume-se como um problema de saúde pública que afeta 9% a 10% da população portuguesa, segundo um estudo de caracterização levado a cabo em 2009, o que vai de encontro com os valores encontrados na população mundial. (Boivin, Bunting, Collins, & Nygren, 2007; Silva & Carvalho, 2009).

As causas de diagnóstico de infertilidade são diversas. O problema de fertilidade pode ser desconhecido, se ainda não se fizeram todos os testes necessários para compreender a problemática, pode ser idiopático, isto é, se já foram realizados todos os exames, mas não foram concludentes quanto a uma causa de diagnóstico, não se devendo descartar neste caso problemas de foro emocional e psicológico que expliquem esta incapacidade (Moura – Ramos, 2011). Pode, ainda, dever-se a problemas na mulher (causa feminina) relacionados, fundamentalmente, com um problema no seu sistema reprodutor, pode dever-se a uma incapacidade do homem, normalmente relacionada com problemas ao nível do aparelho reprodutor masculino, ou a problemas em ambos os membros do casal (causa mista) (Amudha, Rani, Kannan & Manavalan, 2013; Carrera, Guerrero, Mendoza & Rodríguez, 2012; WHO-ICMART, 2009).

1.2. A importância da abordagem psicológica na problemática da infertilidade

A infertilidade não deve ser vista meramente como uma condição clínica e de saúde, sendo importantes as contribuições de outras áreas científicas, nomeadamente da Psicologia e da Sociologia, para a sua compreensão. Efetivamente, a não prossecução de uma etapa normativa na vida destes casais, como é o caso da parentalidade, pode trazer consequências, não só ao nível da saúde, mas também ao nível do seu bem-estar psicológico e no seu relacionamento social. Assim, ser infértil não pode ser lido como um fenómeno universal, devendo ser encarado como um processo subjetivo, decorrente da história pessoal e do contexto das pessoas envolvidas (Moura – Ramos, 2011).

Em termos psicológicos, a investigação tem recorrido, fundamentalmente, a dois modelos teóricos para a compreensão da experiência da infertilidade: o modelo psicogénico da infertilidade e o modelo das consequências psicológicas da infertilidade (Moura – Ramos, 2011).

O modelo psicogénico da infertilidade dá especial importância à vertente psicológica na origem da infertilidade. O mesmo é dizer que este paradigma encara o domínio psicológico como um dos fatores que poderá explicar o diagnóstico de infertilidade. Por seu turno, o modelo das consequências psicológicas da infertilidade enfatiza as consequências emocionais e relacionais do processo de infertilidade nos casais

que passam por esta experiência. Assim sendo, enquanto o primeiro insere a psicologia no domínio das causas de um diagnóstico de infertilidade, o segundo, por seu lado, descreve qual é o impacto que a infertilidade tem no campo emocional e relacional (Moura – Ramos, 2011).

O modelo psicogénico da infertilidade foi o precursor na tentativa da Psicologia se embrenhar na área da infertilidade. Teve a sua origem na década de 50 do século XX e foi-lhe dado bastante relevo até aos anos 80. Desde cedo esteve muito ligado à corrente psicodinâmica, assumindo que medos e conflitos inconscientes à volta do sexo, da gravidez e da maternidade pudessem emergir impedindo a conceção (Wischmann, 2003). Todavia, as inferências levadas a cabo pelos precursores deste modelo eram extrapoladas a partir de um número escasso de participantes sendo, por isso, muito ambiciosas para explicar todo um fenómeno. A principal crítica apontada a este paradigma é encarar a causa inexplicada da infertilidade unicamente à lupa de fatores psicológicos, não admitindo que o despiste de causas orgânicas no diagnóstico pudesse ter falhado. Tendo em conta que, na época em que surgiu este modelo, este diagnóstico de infertilidade explicava cerca de metade dos casos e que, atualmente, vigora apenas em cerca de 10% - 15%, esta poderá ser uma das razões para que este modelo tenha perdido o seu vigor científico. Outra das críticas que pode ser colocada é o facto dos estudos empreendidos neste paradigma apenas se focarem na mulher, descartando o homem como também podendo ter problemas de fertilidade. Sabe-se, atualmente, que a percentagem de diagnósticos de causa feminina e de causa masculina está distribuído homogeneamente (Moura – Ramos, 2011; Wischmann, 2003).

Em suma, o modelo psicogénico da infertilidade perfila que os problemas de foro psicológico (de cariz psicopatológico) poderiam estar envolvidos na explicação da infertilidade, detendo um papel central na explicação da infertilidade inexplicada ou idiopática, no entanto este modelo já não é reconhecido como válido atualmente. Não obstante, há evidências científicas que demonstram que os fatores psicológicos podem explicar a infertilidade, mas sempre aliados a causas físicas que, consequentemente, originam problemas ao nível da reprodução (Moura – Ramos, 2011; Wischmann, 2003).

No que diz respeito ao modelo das consequências psicológicas da infertilidade, este enfatiza as consequências emocionais e relacionais do processo de infertilidade nos casais que passam por esta experiência (Moura – Ramos, 2011). Este modelo é lido

através de duas formas, que são consolidadas empiricamente; por um lado, encaram a emergência de problemas de caráter emocional, logo após o diagnóstico ou ao mesmo tempo que o tratamento, ou seja, assume que o diagnóstico ou início dos tratamentos são situações potencialmente geradoras de problemas ao nível afetivo; por outro lado, valoriza a forma como as intervenções nesses problemas emocionais pode ter influência no resultado positivo do tratamento, refutando ou confirmando a relação entre a psicopatologia e o (in)sucesso nos tratamentos (Moura – Ramos, 2011). Contudo, a literatura não é consistente em afirmar que há uma relação entre estas variáveis, não havendo consenso nos resultados encontrados na investigação (Moura – Ramos, 2011). Em resumo, este modelo surge numa linha mais integradora que o anterior, uma vez que reconhece a infertilidade como um processo dinâmico e multidimensional, sendo, por isso, o modelo mais salientado atualmente na literatura científica (Moura – Ramos, 2011).

1.3.Implicações psicossociais da infertilidade

A infertilidade pode ser considerada uma incapacidade, uma vez que decorre de uma desordem do sistema endócrino e reprodutivo, afetando não só o corpo da pessoa, mas tendo, também, consequências ao nível do seu funcionamento individual e em sociedade (Khetarpal & Singh, 2012).

Nos dias de hoje a infertilidade assume-se como um problema que preocupa mulheres e homens, afigurando-se como um problema de casal. Se até há algumas décadas atrás uma mulher que fosse incapaz de ter um filho era a única responsável por essa situação, com os avanços na ciência a infertilidade é compreendida como um problema que pode afetar homens ou mulheres, podendo, inclusive, haver uma incapacidade de conceber um filho de ambas as partes.

Ter um filho é, para muitos casais, um dos grandes objetivos das suas vidas e por isso, e de acordo com as palavras de Faria (1995, in Leal, 2005, p.143), pode adquirir um “*capital afetivo e narcísico*”, já que o momento do ciclo vital em que o casal decide ter filhos é planificado para determinada fase da vida, quando os intervenientes já têm consolidada a sua carreira profissional, vêem concretizados todos os seus projetos de vida, ficando a faltar esta “parcela”. A parentalidade é considerada uma das principais

transições de vida, sendo encarada como uma experiência preponderante, uma vez que introduz grandes alterações na vida dos pais (Crespi & Fontaine, 2012).

A impossibilidade de se concretizar o desejo de ser pai/ mãe poderá trazer diversas implicações psicológicas, relacionais e mesmo sociais. Efetivamente, a infertilidade pode ser vista como uma condição estigmatizante, uma vez que a parentalidade é, provavelmente, a condição mais universal e esperada quando se tem uma relação amorosa consolidada a vários níveis (Moura – Ramos, 2011; Rosenblatt et al., 1973 citado em Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007). Consequentemente, os indivíduos que experienciam a infertilidade isolam-se frequentemente, podendo desenvolver dificuldades no relacionamento interpessoal e de abertura para as possíveis fontes de apoio (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

Desta forma, quando a infertilidade é apontada imperam sentimentos de choque, misturados com desespero e ansiedade, que são reunidos nos esforços para arranjar soluções, com vista a que esta fase seja passageira e que não deixe “vincos” na vida do casal (Leal, 2005).

Apesar de todos estes esforços na procura do tão “desejado filho”, é claro na literatura que, neste momento de crise, existem diversas repercussões a afetar estes casais, nomeadamente a depressão, altos níveis de ansiedade, a perceção de falta de suporte social, problemas conjugais e, ainda, problemas ao nível da sexualidade. Na verdade, a sexualidade torna-se um *meio para atingir um fim*, um fim difícil de alcançar e que, devido às diferentes técnicas de reprodução medicamente assistida, se torna mecanizada, programada ao mínimo detalhe e, por isso, pouco natural (*Ibidem*).

A infertilidade origina, assim, tensões no relacionamento interpessoal, pessoal e conjugal, reduzindo a autoestima e fazendo com que a pessoa sinta que perdeu o significado da sua vida (Greil, 1997). A investigação vai mais longe e assevera que as consequências de teor emocional despoletadas pela infertilidade, nas mulheres, podem persistir durante vinte anos após os tratamentos (Wirtberg, Moller, Hogström, Tronstad, & Lalos, 2007, citado em Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011). Todavia, muitas destas conclusões devem ser interpretadas com cautela, dado que as escalas utilizadas neste domínio não permitem comparações com populações não clínicas, nem possibilitam a criação de grupos de controlo. Por outro lado, seria importante perceber se existem problemas emocionais antes do diagnóstico de infertilidade e como é que eles podem

evoluir do diagnóstico para o início do tratamento, contudo, como é evidente, é muito difícil prever quais as mulheres que vão ser inférteis antes de elas o saberem.

Contudo, independentemente do membro do casal diagnosticado, a investigação tem demonstrado que a vivência desta crise parece ser mais desafiante para a mulher, demonstrando níveis mais elevados de stresse e pior ajustamento psicológico em comparação com os homens (Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006 citado em Martins, Costa, Almeida, & Peterson, 2012). De facto, a experiência da infertilidade terá um impacto superior na vida da mulher, uma vez que a parentalidade é mais expetável como assumindo um papel central na vida de uma mulher do que dos seus companheiros (Moura- Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Santos, 2012). Apesar disso, a infertilidade é vista como uma experiência desafiante que se repercute profundamente no relacionamento conjugal (Darwiche, Favez, Maillard, Germond, Guex, Despland, & Roten, 2013).

A infertilidade é vista maioritariamente como um acontecimento inesperado e imprevisível, percecionada como uma crise particularmente devastadora para as mulheres (Greil, 1997), despoletando no seio do casal a necessidade de um processo de reavaliação e reorganização do projeto de vida em função da incapacidade direta de serem pais (Daniluk, 1988). Desta forma, desejar ter filhos e ver-se incapacitado da função reprodutora, num período de vida em que as expectativas individuais e sociais são elevadas gera uma diversidade de sentimentos, tais como, ansiedade, desilusão, tristeza, medo, frustração, inferioridade, impotência, culpa, vergonha, desencadeando, em alguns casos, quadros psicopatológicos (Greil, 1997; Jaffe & Diamond, 2011; Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Santos, 2012; Schmit, 2009; Wischman, 2001).

Neste sentido, evidências científicas patenteiam que há uma elevada incidência de reações negativas à infertilidade e ao tratamento (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, & Braat, 2007), demonstrando que tudo neste processo (diagnóstico e tratamento) tem um impacto significativo na satisfação e na qualidade de vida do casal que lida com o problema da infertilidade (Aarts, Empel, Boivin, Nelen, Kremer, & Verhaak, 2011; Greil, 1997). Por isso, a infertilidade está negativamente associada com o bem-estar relacional, sexual e psicossocial (Aarts, Empel, Boivin, Nelen, Kremer, & Verhaak, 2011). A par disso, são reportadas como respostas emocionais ao diagnóstico de infertilidade: a diminuição da autoestima, incerteza face ao estatuto social, a quebra

no sentido de continuidade da vida e o stresse crónico, enquanto se espera por uma gravidez (Darwiche, et al., 2013).

2. Imagem Corporal

“There is no mind without body and world, no mind without other people”

Gibson

O conceito de imagem corporal é um termo guarda-chuva para outros temas de cariz eminentemente psicológico, como é o caso da percepção corporal, esquema corporal, autoestima entre outros, por isso é um conceito complexo e multidimensional. Encontra-se muito dependente da idade, do género, da etnia e cultura a que a pessoa pertence, bem como do seu desenvolvimento mental e físico (Cash & Smolak, 2011).

O primeiro autor a introduzir o conceito de “esquema corporal” foi Pierre Bonnier (neurologista francês), que empreendeu uma série de estudos para averiguar quais as áreas cerebrais responsáveis pelo reconhecimento corporal. Este autor veio contribuir para a construção da noção de esquema como uma “representação espacial consciente do corpo” e para a compreensão de que alterações periféricas no sistema vestibular podiam contribuir para modificações no esquema corporal (Campana & Tavares, 2009, p.26). Este interesse também foi partilhado pelas escolas de neurologia alemãs e austríacas que dedicaram grande atenção ao reconhecimento de qual a parte do cérebro que estava associada ao esquema corporal, indicando que o lobo parietal tem uma grande importância neste assunto.

Mais tarde, Head e Holmes (1911) criaram uma teoria que assumia que cada um de nós tinha de si uma representação inconsciente formada pela postura do corpo, à qual designaram por padrão postural, distinguiram ainda entre esquema postural algo situado no pré-consciente e esquema superficial que consistia na capacidade para identificar a posição certa de um estímulo sensorial na superfície do corpo (Campana & Tavares, 2009).

Foi Paul Schilder, com a publicação do seu primeiro livro *“The Image and Appearance of the Human Body”* (1999; original de 1935) realça uma abordagem multifacetada do fenómeno da imagem corporal, analisando a imagem corporal não só no contexto “orgânico”, mas também psicanalítico e sociológico. Foi com este autor que se impulsionou o estudo da imagem corporal, sendo descrita como a *“imagem do corpo humano”* que o sujeito forma na sua mente *“...ou seja, o modo pelo qual o corpo se*

apresenta para nós.” (Schilder, 1999, p.7). No entanto o conceito de esquema corporal apesar de se encontrar relacionado ao de imagem corporal é distinto, uma vez que esquema corporal compreende a forma como o sujeito entende a sua postura e movimentos corporais, podendo ser alterado consoante alterações posturais. Por seu turno, imagem corporal diz respeito a algo mais abrangente que contempla aspetos biológicos, psicológicos e sociais, sendo que todos eles têm influência na imagem que o sujeito tem sobre o seu corpo (Barbosa, 2008). Assim, segundo De Ajuriaguerra (1952 citado em Guimón, 1997), esquema corporal diz respeito à representação mais ou menos consciente do nosso corpo, imóvel ou ativo, da sua posição no espaço, da posição dos seus elementos, que através da pele estabelecem o contacto com o mundo. A imagem do corpo, por seu lado, não advém somente de impressões ou sensações táteis, mas relaciona-se com figurações e representações sobre o corpo, o indivíduo armazena uma relação, uma situação, ou seja, a imagem do corpo relaciona-se com forma como este é percebido (Barbosa, 2008).

Schilder (1999) foi mais longe na sua abordagem acreditando que a imagem corporal podia sofrer distorções devido a danos cerebrais, mas também que esta era afetada pelas relações que a pessoa mantém no seu contacto com o mundo e na forma como ela vivencia e experiencia determinadas situações, contribuindo também estas situações para criar distorções na imagem corporal. Assim sendo, assume que a imagem corporal é uma estrutura tridimensional que contempla não só aspetos biológicos, mas também psicológicos e sociais, dado que não se confina a forma como o corpo se assume no sentido anátomo-fisiológico, mas vai mais longe e caracteriza a forma como a pessoa se relaciona com os outros e consigo própria. Na verdade, Schilder foi o grande mentor desta temática, uma vez que foram a partir das suas constatações que foi possível começar a empreender trabalhos na área da imagem corporal com pessoas saudáveis, sendo que muitas das definições de imagem corporal que lhe seguiram, tem em conta muitas das suas ideias. Porém, as suas ideias não foram valorizadas na época que surgiram, só mais tarde se retomaram os seus achados e se deu início a um novo florescer no domínio da imagem corporal.

Após Schilder a imagem corporal esteve muito ligada à psicanálise com autores como Fisher e Cleveland (por volta de 1958) que desenvolveram conceitos como limites corporais (*body boundaries*), medida da barreira (*barrier score*) e medida de penetração

(*penetration score*). Com a psicanalista francesa, Françoise Dolto, a imagem corporal foi entendida como um mediador entre as três instâncias psíquicas, sendo que nas suas consultas com crianças a imagem corporal era possível de ser evidenciada no diálogo analítico da criança (Campana & Tavares, 2009, p.40). Para esta autora, a imagem corporal emerge através do esquema corporal, sendo eminentemente inconsciente, mas englobando aspetos conscientes, uma vez que deriva do esquema corporal “...a nossa forma de viver o carnal no contacto com o mundo de relações.” e está intimamente ligada às nossas experiências. (Campana & Tavares, 2009, pp.40-41). Com esta diversidade de conceitos ligados com a imagem corporal a sua compreensão e desenvolvimento estagnou e só teve maior crescimento recentemente.

Em 1981, Collins definiu a imagem corporal como um conceito dinâmico, que pode ser compreendido através de uma ou várias representações mentais do corpo, que pode mudar ao longo da vida à medida que este se desenvolve e modifica.

Atualmente, a imagem corporal pode ser lida através de várias perspetivas teóricas (social, psicodinâmica, cognitivo-comportamental, do processamento da informação, bem como da neurológica). Apesar de todas estes paradigmas se debruçarem sobre o estudo da imagem corporal há ainda a ideia de que é impossível haver conciliação entre elas, como se não fosse possível de serem estudadas sem ser isoladamente.

No que diz respeito às dimensões mais salientes da imagem corporal podem-se destacar a dimensão perceptiva e a atitudinal. Quanto à dimensão perceptiva os instrumentos de recolha de dados mais vulgarmente usados apostam sobretudo em compreender de que forma é que a pessoa percebe o seu corpo, tamanho, dimensões e para isso são usadas métodos de partes do corpo e métodos que tenham em foco o corpo inteiro, desta forma o sujeito julga o tamanho do corpo inteiro ou apenas de uma determinada parte. Nesta dimensão tem que se ter em conta determinadas variáveis que podem ter um papel preponderante na capacidade da pessoa perceber o tamanho e dimensões do seu corpo, como por exemplo, a iluminação da sala de prova, as roupas que a pessoa traz vestidas, bem como fatores mais subjetivos como é o caso do estado de humor da pessoa no momento em que está a ser avaliada (Campana & Tavares, 2009). Por sua vez, a dimensão atitudinal, de pendor mais subjetivo, pode-se subdividir em quatro componentes que são: a insatisfação geral subjetiva, a componente afetiva, a cognitiva e a comportamental, sendo que a última nem sempre é aceite. (Campana & Tavares, 2009, p.77) A dimensão

atitudinal tem, então, um leque de instrumentos maior, pois cada uma destas quatro componentes tem instrumentos próprios para a sua medição.

A imagem corporal corresponde, assim, ao conjunto de representações, percepções, sentimentos, atitudes que o indivíduo desenvolve durante a sua vida e nas várias experiências quotidianas (Barbosa, 2001; 2008; Bruchon-Schweitzer, 1990; Cash, 2000). Contempla, desta forma, aspetos percetuais, cognitivos, afetivos e atitudinais, uma vez que compreender o mundo é apreendê-lo com o corpo, é perceber o corpo. Incorpora as características físicas da pessoa, especialmente a aparência, bem como o estado de saúde, desta maneira a sua manifestação está relacionada com o corpo, as emoções e os comportamentos. Refere-se, assim, à experiência psicológica da corporização, mas não somente à sua componente da aparência física, estando relacionada com as percepções e as atitudes pessoais, incluindo os pensamentos, as crenças, os sentimentos e os comportamentos (Cash, 2004).

Desta forma, a imagem corporal é a representação do corpo, assumido como o lugar seguro onde a pessoa desenvolve as suas interações com o meio interno e o com o mundo externo (Ribeiro & Tavares, 2011). Ao falarmos de imagem corporal importa salientar o conceito de insatisfação corporal que se refere “*aos pensamentos e sentimentos negativos que as pessoas têm relativamente ao seu corpo*” (Barbosa, 2001). Esta insatisfação com o corpo decorre de emoções e de avaliações acerca da imagem corporal, estabelecendo as diferenças entre o eu ideal e o eu real.

A insatisfação corporal associada ao peso é muito mais frequente nas mulheres, sendo que há estudos que evidenciam que um grande leque de mulheres se encontra insatisfeita com a sua imagem corpórea, nomeadamente com a sua aparência física (Barbosa, 2001; Gardner, 1997; Schwartz & Brownell, 2004).

Na atualidade, valoriza-se imenso o corpo e a imagem na sociedade, muito com a ajuda da mediatização que é feita nos meios de comunicação social e na cultura ocidental. O corpo assume-se, nos dias de hoje, como um espelho através das quais as pessoas são avaliadas, magras, gordas, assim-assim. O modo como as pessoas vivenciam o seu corpo e o modo como esta representação influencia o modo de estar e pensar de cada um é algo aparentemente percetível. Segundo Gaspar (1999) a construção da personalidade parece ser indissociável do controlo e do cuidado do corpo. Assim, a importância do corpo compreende-se na medida em que ele é o meio de interação com os outros, como se de

uma carta de apresentação indireta se tratasse, dado que é a face mais exposta da pessoa perante o mundo social. Muitas vezes não é necessário conhecer intimamente uma pessoa para tecer considerações sobre ela, apoiando-nos muito na “embalagem exterior” do produto. Por isso, é claro de entender a influência que as relações com os outros podem ter na forma como a imagem corporal é construída.

Portanto, falar sobre imagem corporal parece ser um tema cada vez mais pertinente e atual, havendo, ainda, muitas áreas para as quais a investigação não tem dado especial atenção, como é o caso da construção da imagem corporal na infertilidade

3. Imagem corporal e infertilidade

Em quase todas as culturas a reprodução marca a passagem do indivíduo ou casal a uma família. Um filho assume, assim, um papel de perpetuação da espécie, de concretização de um futuro da família e dos seus costumes (Leal, 2005). Para conseguirem atingir este objetivo, muitos casais, particularmente a mulher, submete-se a tratamentos de fertilização que podem ser bastante agressivos e levando, frequentemente, a transformações corporais bastante significativas.

Por outro lado, sendo o corpo e a imagem corporal dimensões tão centrais na sociedade contemporânea, é curioso, como duas grandes áreas de investigação como estas (infertilidade e imagem corporal) não sejam consideradas na investigação. Ademais, há evidências de que o facto da pessoa não conseguir conceber um bebé, poderá levar a sentimentos de falta de controlo sobre o seu corpo, que não está a responder a algo que é esperado que aconteça o que, consequentemente, afetará a imagem corporal (Leal, 2005). Desta maneira, o desejo de um bebé que não surge leva a que estes casais se sintam “lesados na sua integridade física e psíquica” (Bayle, 2008 citado em Bayle & Martinet, 2008, p.69).

Por outro lado, para muitas mulheres, “*a maternidade é considerada o melhor caminho para alcançar a feminilidade*”, portanto, quando a gravidez não ocorre, estas mulheres “*vão sentir-se lesadas na sua autoestima e na sua imagem corporal*”, e consequentemente “*Vão (...) desvalorizar-se, isolar-se dos outros e, particularmente, das outras mulheres grávidas, podendo ter dificuldades a nível da identidade individual e sexual*” (Ibidem, p.71)

A infertilidade pode, assim, ter um impacto adverso no sentido de identidade de uma mulher, na sua feminilidade, para além da capacidade de esta poder ser mãe. Uma mulher infértil tem que lidar com a opressão da sociedade pelo facto de não conseguir gerar um filho. Se a infertilidade, na maioria dos casos, tem uma causa física associada, permitindo intervenções médicas para resolver esta situação, ela também despoleta reações individuais e do foro psicológico, como a depressão e/ou a ansiedade, para além das próprias implicações sociais, uma vez que ainda existe um forte estigma e tabus associados à infertilidade (Khetarpal & Singh, 2012). Desta forma, este é um fenómeno biopsicossocial, uma vez que pode ser lido sobre estas diferentes óticas.

A forma como a imagem corporal é (re) construída na infertilidade assume-se como uma temática relevante, uma vez que todo este processo (desde o diagnóstico, aos tratamentos, e aos sucessos e fracassos) podem alterar substancialmente o funcionamento e a aparência do corpo, o que, por sua vez, vai alterar a imagem do corpo, tendo consequentemente implicações ao nível do bem-estar psicossocial destas mulheres no seu quotidiano (Cash, 2004).

São conhecidas as consequências sociais e emocionais que a infertilidade despoleta, porém não são ainda alvo de análise as consequências físicas que os tratamentos de fertilidade podem ter no corpo da mulher, nomeadamente o aumento de peso, o inchaço e as dores físicas, bem como a pressão para o controlo de peso, uma vez que o excesso de peso está relacionado com uma baixa nos índices de fertilidade (Associação Portuguesa de Fertilidade). Os tratamentos de fertilidade podem alterar, de facto, a forma como as mulheres sentem e vivem o seu corpo, alterando, consequentemente, a sua imagem corporal. Este aspeto deve ser tido em linha de conta, dado que com o processo de tratamentos há um desgaste emocional e social como retrata a literatura, mas também existe um desgaste físico, que muitas vezes é esquecido decorrente de tudo o resto.

Por conseguinte, consideramos importante explorar as implicações dos tratamentos de fertilidade na satisfação corporal das mulheres.

Esperando que este estudo “venha abrir portas” a uma área de investigação que ainda está na penumbra mesmo quando se fala cada vez mais de infertilidade, um problema cada vez mais relevante em termos psicológicos e sociais. Isto é, gostaríamos de compreender melhor algumas questões: Como é que a “crise” da infertilidade é vivida pelo sexo feminino? Como é que as mulheres experienciam um corpo que parece estar “contra” o seu projeto de vida? Como se sentem com as implicações físicas dos tratamentos?

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

II. ESTUDO EMPÍRICO

Descreveremos, neste ponto, os principais objetivos do estudo e as respectivas hipóteses, tendo em conta a revisão da literatura efetuada (algumas hipóteses são de caráter exploratório, já que não foi encontrada investigação neste âmbito). De seguida descreve-se a metodologia utilizada e a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos (de natureza quantitativa e qualitativa).

1. Objetivos e hipóteses

A investigação tem demonstrado que a experiência da infertilidade pode ser particularmente stressante para a mulher (Abbey et al., 1991; Greil, 1997; Peterson et al., 2006; White & McQuillan, 2006 citado em Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011). Uma vez que nos interessa tentar explorar como é que as mulheres vivenciam o seu corpo na infertilidade, este estudo, pioneiro e exploratório, tem como **principal objetivo** conhecer o impacto da infertilidade na qualidade de vida das mulheres, particularmente como é que estas mulheres vivenciam o seu corpo e quais os seus efeitos na imagem corporal. Será, assim, um importante contributo para perceber de que forma é que o diagnóstico de infertilidade afeta o modo como a mulher experiencia o seu *corpo infértil*, pois parece ser claro na literatura que a infertilidade tem diversas consequências emocionais nestas mulheres e estas tendem a prevalecer mesmo depois de conseguirem ultrapassar este “obstáculo” no seu percurso familiar (Whirtberg, Moller, Hogström, Tronstad, & Laos, 2007 citado em Greil, McQuillan, et al., 2011).

1.1. Objetivos específicos e hipóteses

a) **Pretende-se, assim, conhecer a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de infertilidade, particularmente ao nível emocional, social, relacional e mente/corpo, para além do grau de satisfação com a sua imagem corporal.**

Hipótese 1 – Espera-se que as mulheres inférteis apresentem níveis de qualidade de vida abaixo do ponto médio da escala e níveis de insatisfação corporal acima do ponto médio da escala.

De acordo com Schilder (1999) a alteração na imagem corporal surge quando existe alguma lesão numa parte do corpo, no caso da infertilidade há uma incapacidade de, pelo menos um dos membros do casal, conceber um filho naturalmente. Logo é esperado que os níveis de satisfação corporal sejam baixos.

Quanto à qualidade de vida, encarada como uma percepção individual da pessoa sobre a sua saúde, a suas relações sociais, objetivos, expetativas, padrões e preocupações, acredita-se que seja afetada negativamente pela infertilidade e pelos tratamentos (Verhaah, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007; Boivin, Takefman & Braverman, 2011).

Hipótese 2 – Espera-se que a qualidade de vida destas mulheres apresente valores mais baixos no fator emocional.

Estes valores mais baixos no domínio emocional são explicados, na medida em que a infertilidade está associada com um grande desgaste emocional (Aarts, Huppelschoten, Empel, Boivin, Verhaak, Kremer & Nelen, 2011; Fassino, Piero, Boggio, Piccioni & Garzaro, 2002; Verhaak, et. al, 2007; Boivin, Takefman & Braverman, 2011).

b) Conhecer o grau de satisfação destas mulheres com os tratamentos de fertilidade

Hipótese 3 – Espera-se que as mulheres mais satisfeitas com os tratamentos tenham níveis mais reduzidos de insatisfação corporal.

A qualidade do tratamento é definida normalmente como a capacidade da pessoa experienciar disponibilidade, acessibilidade, processo e resultado do tratamento (Fitzpatrick & Hopkins, 1983; Hopkins, 1993 citado em Malin, Hemminki, Raïkkönen, Sihvo & Perälä, 2001). Desta forma, mulheres que avaliem os tratamentos mais positivamente tenderão a avaliar-se mais satisfeitas com a sua imagem corporal.

Hipótese 4 – Espera-se que à medida que o número de tratamentos aumente a satisfação com os tratamentos de infertilidade diminua.

Esta hipótese prende-se com o facto de que o aumento do número de tratamentos estar relacionado com um eventual aumento da probabilidade de fracasso do tratamento, daí ser esperado que a satisfação com esses tratamentos diminua.

- c) **Perceber quais as variáveis que podem estar associadas com a satisfação com a imagem corporal em mulheres com diagnóstico de infertilidade** (idade, tempo de diagnóstico, qualidade da relação conjugal, IMC, satisfação com o tratamento, diferentes dimensões da QDV - domínio emocional, relacional, social e mente/corpo)

Hipótese 5 – Espera-se que quanto mais elevado o IMC maior insatisfação com a imagem corporal.

Grande parte das mulheres deseja ter corpos mais magros, desta forma é reconhecido que a insatisfação com a imagem corporal esteja associada ao peso e à aparência (Barbosa, 2008; Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003; Hutchinson & Rapee, 2007; Ricciardelli & McCabe, 2001). Há evidências científicas de que mulheres com excesso de peso apresentem uma imagem corporal mais negativa, sendo que a imagem corporal está dependente do ganho, perda ou manutenção de peso (Schwartz & Brownell, 2004). Este facto conduz a que cada vez mais mulheres queiram perder peso, através de dietas, exercício físico, fármacos e até cirurgias plásticas.

Hipótese 7 – Espera-se que quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de infertilidade e mais elevada a idade das mulheres, maior seja a insatisfação corporal.

Esta é uma hipótese exploratória, dado que não foi encontrado nada concreto acerca destas relações na investigação. De qualquer forma, pensamos que quanto mais tempo passar desde o diagnóstico, e com as implicações dos tratamentos e o desgaste emocional e físico que isso acarreta, as mulheres tenderão a sentir-se menos satisfeitas com o seu corpo e com as mudanças associadas a todo a este processo. Para além disso há a experiência de lidar com um corpo “diferente”, “menos capaz” do que os outros.

Hipótese 8 – Espera-se que quanto mais elevada a percepção de uma boa relação conjugal, menos insatisfatória a imagem corporal.

As relações românticas têm um papel importante nas pessoas que estão envolvidas, influenciando as suas percepções e a maneira como as pessoas se sentem consigo próprias, com o seu corpo, e as suas relações (Barbosa, 2008; Cash & Fleming,

2004; Cash, Thériault, & Annis, 2004; Domini, Johnson, & Koch, 2000; Evans & Wertheim, 2005; Friedman, Dixon, Brownell, Whisman, & Wilfley, 1999).

Por outro lado, o corpo é essencial para se ser sexual e haver intimidade, para se estabelecer relações. Por isso, parece claro que as mulheres que se sentirem melhor com o seu corpo, se mostrarão mais disponíveis para investir na relação conjugal e daí perceberem mais qualidade desta (Menezes, 2008).

Hipótese 10 - Espera-se que pessoas com níveis mais elevados de qualidade de vida tenham níveis inferiores de insatisfação corporal.

A qualidade de vida como conceito multidimensional engloba a imagem corporal, pois a avaliação que a pessoa faz sobre o seu corpo tem em conta aspetos relacionados com a saúde e a doença, algo que está inserido na qualidade de vida (Delamater, 2002; Bolander, 1994 in Jafary, Farahbakhsh, Shafiabadi & Delavar, 2010). Esta ligação entre imagem corporal e qualidade de vida apesar de não estar bem representada na literatura parece assumir bastante importância nesta amostra de mulheres inférteis, uma vez que estas mulheres estão sujeitas a tratamentos médicos, a alterações físicas e emocionais que vão mudar a forma como as mulheres se sentem com o seu corpo e, conseqüentemente, alterar a sua qualidade de vida (Harrington, 2011).

d) Explorar os efeitos das variáveis sociodemográficas na satisfação corporal destas mulheres (tipo de diagnóstico, tipo de tratamento, existência de outras gravidezes, existência de apoio psicológico).

Hipótese 9 – Espera-se que mulheres com diagnóstico de infertilidade de causa feminina revelem uma maior insatisfação com a imagem corporal, quando comparadas com mulheres com outro tipo de diagnóstico.

A infertilidade para estas mulheres será não só a perda da autoestima, a perda de relações, a perda da segurança financeira, a perda da capacidade de se projetar no futuro, mas também acarretará a perda da saúde, pois a causa da infertilidade é devido a uma “incapacidade do seu corpo”, bem como uma perda da sensação de controlo, uma vez que sentir-se-ão incapazes de controlar uma parte da sua vida, que é a maternidade (Martins, 2013)

Hipótese 6 – A satisfação corporal varia com os tipos de tratamentos, esperando-se que haja diferenças significativas entre a Fertilização In Vitro (FIV) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides.

Há evidências científicas que apontam que cada tipo de tratamento exige à pessoa modos diferentes de lidar com certas emoções e de ajustarem a diferentes desafios (Brown & Harris, 1989 in Darwiche, Favez, Maillard, Germond, Guex, Despland & Roten, 2013), desafios esses que terão diferentes implicações ao nível da satisfação com o próprio corpo.

Hipótese 11 – Espera-se que as mulheres que tenham apoio psicológico revelem uma menor insatisfação corporal, comparativamente com aquelas que não tenham apoio psicológico.

O contributo da Psicologia para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida serviço é bem documentado (Giacomoni, 2004). Nesse sentido, mulheres com diferentes tipos de diagnóstico de infertilidade podem sair beneficiadas do apoio psicológico.

Hipótese 12 – Espera-se que a insatisfação corporal seja mais elevada quando já existiram outras gravidezes (abortos).

A gravidez acarreta transformações físicas e psicológicas na mulher. Contudo, se na gravidez o corpo e a mulher estão preparados para acolher um novo ser, com um aborto, seja do tipo espontâneo ou provocado, mas especialmente no último, o corpo terá que se readaptar, o que pode levar a que a mulher redefina, também, a sua imagem corporal (Bayle & Martinet, 2008).

Desta maneira, espera-se que a insatisfação corporal seja mais elevada quando já tiverem existido abortos, visto que as mulheres podem encarar o seu corpo como incapaz de levar uma gravidez a termo e, concludentemente, sentirem-se menos satisfeitas com ele.

- e) **Conhecer quais os melhores preditores da satisfação corporal** das mulheres com diagnóstico de infertilidade.

Hipótese 13 – Espera-se que a qualidade de vida, a satisfação com os tratamentos, bem como o IMC sejam preditores significativos da insatisfação corporal.

- f) **Explorar os significados que estas mulheres atribuem** à infertilidade e à sua vivência corporal na infertilidade.

Este objetivo pretende responder às seguintes questões de investigação;

- “*O que significa para si ter um diagnóstico de infertilidade?*”
- “*Como se sente em relação ao seu corpo?*” e
- “*E como se sentia antes desta situação?*”.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi recolhida via *online*, de maneira a abranger o maior número de participantes. O processo de amostragem foi um processo não probabilístico de amostragem por conveniência (método de *snowball*).

A amostra é constituída por 70 mulheres com diagnóstico de infertilidade², com idades compreendidas entre os 26 e os 44 anos de idade ($M = 33,83$; $DP = 3,76$).

Relativamente ao **estado civil** constata-se uma predominância relativamente às casadas ($n = 54$) ou em união de facto ($n = 14$), existindo uma baixa percentagem de participantes solteiras ($n = 2$; 2,9%).

O **número de irmãos** das participantes varia entre zero e sete.

Quanto às **habilitações literárias** existe uma clara predominância de mulheres com Licenciatura (47,1%), seguida de participantes com o 12º ano (27,1%), com Mestrado (22,9%) e, por fim, com igual percentagem (1,4%, em cada condição) uma mulher com o 9ºano e outra com Doutoramento.

No que diz respeito ao **Índice de Massa Corporal** há um evidente predomínio de um Índice de Massa Corporal Normal situado entre os 18,5-24,9 (70%), seguido de um Índice de Massa Corporal Pré-Obeso situado entre os 25-29,9 (21,4%) e com igual

² Convém salientar que não temos acesso a qualquer evidência médica deste diagnóstico, mas apenas nas respostas das participantes, que indicaram um certo tipo de infertilidade específico.

percentagem (4,3%) ($n = 3$, em cada condição) o Índice de Massa Corporal baixo peso inferior a 18,5 e o Índice de Massa Corporal Obeso Grau 1 no intervalo de 30-34,9.

Relativamente ao **consumo de tabaco** é de salientar que apenas 13 participantes fumam (18,6%). Quanto ao **consumo de bebidas alcoólicas** com regularidade somente quatro participantes admitiram que o faziam (5,7%).

Em relação ao **tempo da relação conjugal atual** a média é de 98 meses, ou seja de cerca de oito anos, ($M = 97,9$ e $DP = 50,9$), variando entre seis meses e 240 meses, ou seja, 20 anos.

Ao nível da **experiência de uma gravidez** metade das mulheres já passaram por esta vivência ($n = 35$), porém apenas três é que tem **filhos**.

Quando questionadas sobre a frequência de algum tipo de **apoio psicológico** apenas cinco mulheres afirmaram que tinham (7,1%), sendo que variava entre um mês a 48 meses ($M = 20$ e $DP = 19,5$). No que se refere ao **grau de importância do apoio psicológico**, numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “Nada Importante” e 5 “Muito Importante”, 25 participantes atribuíram o valor 4 (35,7%), considerando como “Importante” este apoio ao longo deste percurso, seguido do valor 5 e do valor 3, ambos com cerca de 21,4% ($n = 15$, em cada condição), já 12,9% das participantes ($n = 9$) atribuíram como “Pouco Importante” (valor 2) o apoio psicológico por fim cerca de 8,6% dos participantes ($n = 6$) consideraram o apoio psicológico como “Nada importante”.

Relativamente à pergunta para aferir a **saúde física** (“*Como avaliaria a sua saúde?*”) 51 das participantes revelaram que era “Boa”, sendo que apenas duas avaliaram como “Má”. Quanto à **qualidade da satisfação com a vida** (“*Está satisfeito (a) com a sua qualidade de vida?*”) a maioria das mulheres (58,6%) demonstrou estar “Satisfeita”, 20% demonstrou que não se encontrava “Nem Insatisfeita, nem Satisfeita”, com igual percentagem (8,6%) surgiram mulheres que afirmaram estar “Insatisfeitas” e “Muito Satisfeitas”, por último apenas três mulheres (4,3%) indicaram que se encontravam “Muito Insatisfeitas” com a sua vida.

Relativamente ao tempo decorrido desde o **diagnóstico de infertilidade** a média é de cerca de 42 meses (entre um mês e 156 meses, $M = 41,8$ e $DP = 32,2$). Em relação à **causa** do problema da **infertilidade** verifica-se que o fator masculino está mais presente ($n = 20$), seguido pelo fator feminino ($n = 17$) e o fator misto ($n = 17$). Existe, também, a presença de participantes que ainda não conhecem a origem do seu problema de

fertilidade ($n = 4$) ou que apesar dos exames já realizados esta ainda não foi descoberta ($n = 12$).

No que se refere ao **início dos tratamentos de infertilidade** existe uma predominância das mulheres que já se iniciaram (95,7%). Sendo que o tempo médio deste início de tratamento é de 26 meses ($M = 26,6$; $DP = 22,3$).

Quanto ao **número de tratamentos** a grande percentagem de mulheres realizou um único tratamento (48,5%), logo seguido por dois tratamentos (26,5%), três tratamentos (19,1%), quatro tratamentos (4,4 %) e, por último, cinco tratamentos (1,5%). O **tipo de tratamento** de fertilidade mais frequente nesta amostra foi a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), e em segundo lugar a Fertilização In-Vitro (FIVs).

2.2. Instrumentos

Foram dois os instrumentos selecionados, um para avaliar a experiência da infertilidade e outro para avaliar a satisfação corporal.

2.2.1. Para avaliar a infertilidade foi utilizado o **FertiQol International – Questionário sobre a fertilidade e Qualidade de Vida** (Boivon, Takefman, & Braverman, 2008) - é composto por 36 itens, sendo que dois são gerais e os outros 24 são específicos da infertilidade, que podem ser compreendidos dentro de quatro domínios. Os restantes 10 itens dizem respeito a um módulo opcional sobre o tratamento. Este instrumento foi testado inúmeras vezes com amostras de vários países e foi criado com apoio de cerca de 35 peritos de oito países, de diferentes áreas do saber, tendo como objetivo identificar domínios da vida que podem estar comprometidos pelos problemas de infertilidade. *“FertiQoL é uma medida sensível, confiável e válida da qualidade de vida para homens e mulheres com problemas de fertilidade”* (WHOQOL Group, 1998). Avalia as influências dos problemas de fertilidade em várias áreas da vida, por exemplo, sobre a autoestima, as emoções, as relações gerais de saúde (dois itens de carácter geral), o apoio da família e da vida social, trabalho e planos futuros. A par disso, as questões opcionais surgem no sentido de perceber a gestão emocional dos tratamentos de fertilidade. *“Para este fim clínicos e investigadores são convidados a utilizar FertiQoL em projetos futuros, quer se trate de inquéritos epidemiológicos, estudos interculturais,*

ensaios clínicos ou projetos de intervenção que visam identificar e tratar fatores de risco para má adaptação à infertilidade ou o seu tratamento” (WHOQOL Group, 1998).

A qualidade de vida tendo a conta a definição avançada pela Organização Mundial de Saúde compreende a *“percepção da pessoa sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994). Contempla, assim, a saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as interações com o meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida pessoal (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998, citado em Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

Os diferentes domínios que compõem os 24 itens principais são: o emocional (*“Os seus problemas de fertilidade dão origem a sentimentos de ciúme e de rancor?”*), o relacional (*“Está satisfeito (a) com a sua vida sexual, apesar de ter problemas de fertilidade?”*), o mente/corpo (*“A sua atenção e concentração são prejudicadas por pensamentos de fertilidade?”*) e, por último, o domínio social (*“Está satisfeito (a) com o apoio que recebe de amigos relativamente aos seus problemas de fertilidade?”*). Cada um destes domínios é composto por seis itens. Quanto ao módulo opcional, que só deve ser preenchido caso já a pessoa já tenha iniciado um tratamento de fertilidade, nomeadamente alguma consulta ou intervenção médica, apresenta dois domínios, um relacionado com o ambiente de tratamento, composto por seis itens (*“Está satisfeito(a) com a qualidade dos serviços disponíveis para a abordagem das suas necessidades emocionais?”*) e outro que compreende a tolerabilidade do tratamento constituído por quatro itens (*“Até que ponto é complicado lidar com os procedimentos e/ou administração de medicação para o (s) seu (s) tratamento (s) de infertilidade?”*). Por último, os dois itens de índole geral são destinados a aferir a saúde física (*“Como avaliaria a sua saúde?”*) e a qualidade da satisfação com a vida (*“Está satisfeito (a) com a sua qualidade de vida?”*) O questionário tem cinco categorias de resposta (avaliação, satisfação, frequência, intensidade e capacidade) que variam numa escala de Likert de 5 pontos (com pontuação a variar de 0 a 4). A pontuação total pode variar entre 0 e 100.

Este instrumento tem revelado bons índices de consistência interna, com alfas de Cronbach a variar entre 0.72 (para o domínio opcional respeitante à tolerabilidade) e 0.92 (para os itens principais)

Na presente amostra, o FertiQol revelou, também, ser uma medida bastante fiável, com níveis de consistência interna de 0.91 para os itens principais e bons alfas nas diferentes dimensões do instrumento; emocional ($\alpha = 0.81$), mente/corpo ($\alpha = 0.84$) e social ($\alpha = 0.74$). Quanto ao domínio relacional o alfa de Cronbach encontrado inicialmente foi de 0.69, mas se eliminasse o item Q15 “(*O facto de ter problemas de fertilidade fortaleceu a sua dedicação ao seu companheiro?*)” este valor subia para 0.76., procedendo-se, por isso, à sua eliminação. Para o domínio opcional respeitante ao Tratamento o alfa foi de 0.81.

2.2.2. A imagem corporal, mais precisamente a satisfação com a imagem corporal, foi avaliada com a **Body Image Scale (BIS)**; Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 2001; versão portuguesa de Moreira & Canavarro, 2007). Esta escala é constituída por 10 itens que pretendem, de forma breve, aceder às dimensões afetivas, comportamentais e cognitivas da imagem corporal³. Este questionário é avaliado segundo uma escala de Likert de 4 pontos, em que 0 (Nada), 1 (Um pouco), 2 (Moderadamente) e 3 (Muito). O *score* total é basicamente a soma dos 10 itens, flutuando entre 0 e 30, em que 0 representa a ausência de sintomas e os scores mais altos estão em consonância com o aumento de sintomas e de stresse ou uma maior insatisfação corporal. A versão portuguesa da BIS demonstra uma boa consistência interna (0.91 para a condição clínica na qual foi validada, pacientes mastectomizados, e 0.92 para a amostra geral), sendo que na correlação inter-itens os valores de alfa apontaram que o item 7 (“*Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?*”) se eliminado poderia aumentar a confiança da escala, mas levemente. (Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2009). Porém, este item foi mantido não só para haver a proximidade entre a versão original e a portuguesa, mas também porque a validade da escala pode ser maximizada com a sua presença.

Na presente amostra, o alfa obtido foi de 0.93, demonstrando ser uma medida com boa consistência interna.

³ Neste estudo o item 10 (“*Tem-se sentido insatisfeito (a) com a aparência da sua cicatriz?*”) não foi usado, uma vez que não era aplicável na amostra em questão.

2.2.3. Além destes dois instrumentos foi preenchido um **questionário** de cariz **sociodemográfico e clínico**, que possibilitou ficar a conhecer a amostra a outros níveis. Do ponto de vista demográfico as informações estão relacionadas com a idade, a escolaridade, a profissão, o número de irmãos e o tempo do relacionamento conjugal. A nível clínico foram pedidas as seguintes informações: altura, peso, hábitos (tabágicos e de consumo de álcool), a história médica anterior (gravidez, existência de filhos, aborto), o tempo de infertilidade, há quanto tempo aconteceu o diagnóstico, as causas da infertilidade, o tempo de tratamento e o número e tipo (se se justificar). Finalmente, figuraram, ainda, as três questões de resposta livre, já mencionadas acima, que nos permitiram aprofundar e compreender melhor alguns aspetos neste estudo, nomeadamente quais os significados atribuídos por estas mulheres à infertilidade, ao seu próprio corpo e às implicações (físicas e psicológicas) deste processo.

2.3. Procedimento

Para procedermos à recolha de dados optámos por recorrer a uma plataforma de questionários eletrónicos, uma vez que as instituições públicas e privadas no âmbito da medicina de reprodução não foram solícitas a este tipo de recolha de dados. A divulgação do questionário eletrónico foi feita através da Associação Portuguesa de Fertilidade que o colocou no seu fórum *online* e o divulgou nas redes sociais. A Associação Portuguesa de Fertilidade foi contactada com o intuito de fazer esta divulgação e o pedido formal foi enviado por e-mail, ao que se obteve uma resposta positiva. Foi-lhes dado a conhecer os objetivos do estudo e o questionário a aplicar.

É, ainda, de salientar que, apesar dos questionários serem eletrónicos, havia uma primeira questão onde se informava a pessoa acerca do consentimento informado e que só com uma resposta positiva nesta pergunta era possível passar ao preenchimento do questionário.

Os questionários estiveram disponíveis desde Abril até Setembro de 2013. Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados através do programa de análise estatística IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.

Em cada hipótese foram respeitados os pressupostos subjacentes ao tipo de teste estatístico a utilizar, como é o caso da testagem da normalidade da distribuição e da

homogeneidade de variâncias. Quando estes não foram cumpridos optou-se por utilizar testes não paramétricos. Contudo, quando os resultados destes testes e dos paramétricos foram similares, optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos, para uma leitura mais clara (com médias e desvios-padrão) e familiarizada dos dados.

3. Apresentação e discussão dos resultados

Optou-se por apresentar e discutir os resultados tomando como referência cada uma das hipóteses consideradas no estudo.

3.1. Hipótese 1

“Espera-se que as mulheres inférteis apresentem níveis de qualidade de vida abaixo do ponto médio da escala e níveis de insatisfação corporal acima do ponto médio da escala.”

Para ficarmos a conhecer melhor a amostra de participantes relativamente às variáveis exploradas foi realizada uma análise descritiva, utilizando medidas de tendência central e de dispersão, bem como o valor máximo e o mínimo da distribuição.

Tabela 1

Análises descritivas da BIS e do FertiQol

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
BIS (Insat. Corporal)	8.07	7.05	0	27
FertiQol	56.62	14.79	30.2	87.5

Como podemos ver na Tabela 1, no que diz respeito à qualidade de vida na infertilidade (sendo que quanto mais se aproximar do valor 100 melhor qualidade de vida), as participantes apresentam resultados que se encontram próximos do ponto médio da escala ($M = 56.6$, $DP = 14.8$).

Quanto à insatisfação corporal pode-se dizer que, nesta amostra de mulheres com diagnóstico de infertilidade, os níveis foram relativamente baixos, se considerarmos que a escala poderia ter um total de 27 pontos ($M = 8.1$, $DP = 7.1$). Apesar de, em média, as mulheres se revelarem razoavelmente satisfeitas com a sua imagem corporal, encontram-se participantes que demonstram níveis elevados de insatisfação corporal, uma vez que aparecem valores acima de 20 pontos ($n = 5$), chegando a atingir o valor máximo ($n = 1$).

Apesar de não termos conhecimento de estudos nacionais que avaliem a insatisfação corporal da população em geral (não clínica) com a BIS, para conseguirmos situar o nível de insatisfação corporal da nossa amostra, fomos comparar estes valores com outras populações clínicas. Assim, percebemos que, por exemplo, mulheres com fibromialgia ($M = 9.19$; $t(69) = -1.327$; $p = .189$), indivíduos amputados ($M = 8.48$; $t(69) = -.485$; $p = .629$) e lesionados vertebro-medulares ($M = 7.83$; $t(69) = .286$; $p = .775$) não diferem entre si ao nível da satisfação corporal (Azevedo, 2013; Silva, no prelo e Costa, no prelo, respetivamente).

A imagem corporal é um aspeto importante a ser avaliado em pessoas que estão a ser submetidas a intervenções médicas, uma vez que estão condicionadas em alguma função do corpo, conduzindo a modificações corporais e, conseqüentemente, a uma distorção da imagem corporal (Harrington, 2011). Tendo isso em conta, era de esperar que esta população clínica apresentasse uma certa insatisfação com a imagem corporal, uma vez que está constantemente a ser sujeita a intervenções médicas para conseguir ter um filho, e conseqüentemente a ser afetada a nível físico, psicológico e até social. Os resultados encontrados vão no sentido de uma *leve* insatisfação corporal, podendo variar de moderada a severa em algumas participantes, contudo não há estudos que retratem qual o nível de insatisfação corporal de mulheres em Portugal, que sirvam para estabelecer comparações com as mulheres com infertilidade.

3.2. Hipótese 2

“Espera-se que a qualidade de vida destas mulheres apresente valores mais baixos no fator emocional.”

Para se testar esta hipótese recorreu-se a uma ANOVA e os resultados encontrados nesta amostra vão de encontro às evidências científicas e à hipótese formulada, que identificam níveis mais baixos de qualidade vida emocional em casos de infertilidade (Boivin, Takefman & Braverman, 2011), embora, na nossa amostra, não se evidenciem diferenças entre esta dimensão e a dimensão mente/corpo. Em contraponto aparecem níveis mais altos de qualidade vida na dimensão relacional, tal como esperado (ver Tabela 2).

Tabela 2

Análises descritivas das dimensões principais do FertiQol

	Média	Desvio-padrão
FertiQol Emocional	46.19 ^c	18.3172
FertiQol Mente/Corpo	48.27 ^c	20.8212
FertiQol Relacional	79.86 ^a	14.4957
FertiQol Social	54.88 ^b	19.1660

Nota: letras diferentes na média indicam diferenças estatisticamente significativas ($F(3, 207) = 122.52, p < .001$).

Efetivamente, a infertilidade é descrita como um sério evento de vida que tem severas repercussões a nível socioemocional (Cook, 1987; Lalos, 1999 citado em Darwiche et al., 2013). A “crise” da infertilidade é recorrentemente caracterizada por sentimentos como a falha, perda, culpa, raiva, depressão, autculpabilização e pena de si mesmo (Boisen, 1936 citado em Horowitz, Galst, Elster, 2010). Parece, então, que a infertilidade afeta a todos os níveis os indivíduos que com ela se veem confrontados em certa fase da sua vida, porém é a nível emocional que são reportados maiores prejuízos.

Assim, em consonância com os resultados obtidos, estas mulheres apresentam uma melhor qualidade de vida a nível relacional e social e menor qualidade de vida na dimensão emocional e na relacionada com a mente-corpo. A qualidade de vida emocional define o impacto que a infertilidade tem nas emoções vivenciadas, o que, de acordo com a literatura e com estes resultados, é onde existe maior dano. A dimensão mente/corpo da qualidade de vida refere-se, sobretudo, ao impacto da infertilidade na saúde física (e.g. fadiga, dor), na cognição (e.g. fraca concentração) e no comportamento (Boivin, Takefman, Braverman, 2011), isto é, esta dimensão avalia sucintamente os efeitos da infertilidade na concentração e a sua interferência nas atividades quotidianas (Aarts, Huppelschoten, Empel, Boivin, Verhaak, Kremer & Nelen, 2011). Posto isto, a infertilidade parece ter maior impacto na forma como estas participantes lidam com o seu dia-a-dia, quer ao nível emocional, quer físico. Menor impacto foi demonstrado ao nível da relação conjugal (e.g. sexualidade, comunicação e compromisso), bem como a nível social (e.g. inclusão social, expectativas e suporte). Estes resultados podem estar relacionados com o facto destas mulheres já terem, ou estarem a coconstruir, o significado desta experiência (do seu diagnóstico) (Fiese et al., 1999; Fiese & Spagnola, 2005 citado em Darwich et al., 2013) juntamente com os seus companheiros e, consequentemente, o

casal e a família já se ter adaptado a esta “crise”. Por outro lado, o impacto social pode ainda não ter um peso maior nestes resultados, dado que muitos dos casais mantêm a infertilidade “em segredo”, embora já possam ser alvos de expectativas sociais relativamente à parentalidade (pressão para serem pais). No entanto, como os casais tem filhos cada vez mais tarde, esta pressão pode ainda não se fazer sentir tanto, bem como a esperança de virem a ter um filho ser ainda elevada.

3.3 Hipótese 3

“Espera-se que as mulheres mais satisfeitas com os tratamentos tenham níveis mais reduzidos de insatisfação corporal.”

Através do coeficiente de correlação de Pearson percebemos que a insatisfação corporal está negativamente associada com a satisfação com os tratamentos [$r(70) = .30$, $p < .05$], tal como era esperado. Este resultado parece indicar que o facto de as mulheres aceitarem o seu corpo e de o experienciarem com satisfação tem implicações na forma como reconhecem satisfação com os tratamentos. Da mesma forma, a satisfação com os tratamentos aos quais as mulheres são submetidas, antevendo eventuais resultados positivos, poderá levar a percepções mais positivas do seu corpo.

3.4. Hipótese 4

“Espera-se que à medida que o número de tratamentos aumente a satisfação com os tratamentos de infertilidade diminua.”

Através do coeficiente de correlação momento produto de Pearson foi encontrada uma associação negativa (embora baixa e marginalmente significativa) entre o número de tratamentos e a satisfação com os tratamentos, $r(68) = -.218$, $p = .075$. Assim, e tal como esperado, à medida que o número de tratamentos aumenta, diminui a satisfação com os mesmos, o que poderá ser explicado com o facto do aumento do número de tratamentos estar relacionado com o insucesso na obtenção de uma gravidez bem-sucedida. A satisfação com os tratamentos é, usualmente, medida através dos índices de nascimento, no entanto a qualidade dos tratamentos de fertilidade vai além do sucesso dos tratamentos (Breejen, Nelen, Schol, Kremer & Hermens, 2013). De qualquer forma, mesmo com uma

dimensão amostral superior, tanto a satisfação com os tratamentos como o número de tratamentos explicam apenas 9 e 4% da insatisfação corporal, respetivamente, não parecendo ser dimensões importantes na vivência corporal em situações de infertilidade das mulheres. Todavia será importante em futuros estudos explorar o papel mediador de outras variáveis, particularmente nos efeitos que os tratamentos têm nas transformações corporais e no peso.

3.5. Hipótese 5

“Espera-se que quanto mais elevado o IMC maior insatisfação com a imagem corporal.”

Tal como esperado, foi encontrada uma correlação positiva e significativa, embora baixa, entre o IMC e a insatisfação com a imagem corporal, $r(70) = .28, p < .05$. Isto é, valores mais altos de IMC estão associados a valores mais altos de insatisfação corporal, o que tem sido confirmado na investigação (e.g. Schwartz & Brownell, 2004). A literatura refere que a insatisfação corporal das mulheres está relacionada com a perceção do peso corporal e com a aparência (Martins, Nunes, & Noronha, 2008), o que sugere que um valor de IMC mais alto possa revelar uma insatisfação corporal com o peso. No caso das mulheres com diagnóstico de infertilidade que já tenham iniciado o tratamento esta variação de IMC pode ocorrer, uma vez que em cada ciclo de tratamentos o seu corpo assume novos contornos e necessita de cuidados redobrados, nesta investigação verificou-se uma correlação positiva entre o IMC e o número de tratamentos, embora apenas marginalmente significativa, $r(70) = .21, p < .10$, indicando que um acréscimo no Índice de Massa Corporal pode estar relacionado com um aumento no número de tratamentos e vice-versa. Esta avaliação em vários momentos pode ser um dado importante em próximas investigações, no sentido de perceber de que forma o ciclo de tratamentos e o tipo de tratamentos pode afetar a insatisfação corporal e mesmo no período antes, durante e depois como é que a insatisfação corporal varia.

3.6. Hipótese 6

“A insatisfação corporal varia com os tipos de tratamentos, esperando-se que haja diferenças significativas entre a Fertilização In Vitro (FIV) e a Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI’s).”

Através de uma análise de variância (ANOVA) constatou-se que não há diferenças significativas na insatisfação corporal em função dos tipos de tratamento (FIV e ICSI’s, $t(23) = -0.731$, $p = .472$, $d = -.305$). Contudo, a magnitude moderada deste efeito poderá indicar uma significância prática importante, sendo necessário explorar em futuros estudos, com uma amostra mais numerosa, esta relação. Há evidências empíricas que apontam que há diferenças significativas, ao nível emocional, entre as mulheres que são submetidas a Fertilização In Vitro das que não são, sendo reportados mais problemas nas primeiras (Fekkes et al., 2003 citado em Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Santos, 2012). No entanto, ao nível da imagem corporal não foram encontrados estudos que explorem essas diferenças.

3.7. Hipótese 7

“Espera-se que quanto mais tempo tiver passado desde o diagnóstico de infertilidade e mais elevada a idade das mulheres, maior seja a insatisfação corporal.”

Tabela 3

Correlação de Pearson entre a insatisfação corporal, a idade e o tempo de diagnóstico (n = 70)

	BIS	Idade	Há quanto tempo foi o diagnóstico realizado
BIS (Insatisfação corporal)	1	-.119	-.029
Idade		1	.423**
Há quanto tempo foi o diagnóstico realizado			1

Nota: ** $p < .001$

Como podemos verificar na Tabela 3, não foram encontradas associações significativas entre a insatisfação corporal e o tempo decorrido desde o diagnóstico [$r(70) = -.029$, $p = .813$] ou entre a insatisfação corporal e a idade [$r(70) = -.119$, $p = .328$]. Efetivamente, encontrámos associações negativas, mas muito baixas, entre as variáveis

indicando que, independentemente da dimensão amostral, os níveis de satisfação corporal não estarão relacionados com o tempo decorrido desde o diagnóstico de infertilidade e a idade das mulheres.

Por último, e tal como esperado, existe uma associação moderada, positiva e estatisticamente significativa entre a idade e o tempo de diagnóstico, $r(70) = .42$, $p = < .001$, indicando que as mulheres mais velhas são as que têm um diagnóstico de infertilidade há mais tempo, o que será natural tendo em conta que a fertilidade das mulheres baixa à medida que a idade avança (Koroma & Stewart, 2012).

3.8. Hipótese 8

“Espera-se que quanto mais elevada a percepção de uma boa relação conjugal, menos insatisfatória a imagem corporal.”

Tal como esperado foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre a insatisfação com a imagem corporal e a percepção de uma boa relação conjugal (FertiQol relacional), $r(70) = -.45$, $p = < .05$. Quanto melhor a percepção de uma boa relação conjugal, menor será a insatisfação com a imagem corporal, o que corrobora a investigação que tem sido realizada neste âmbito (e.g. Barbosa, 2008; Cash & Fleming, 2004; Cash et al., 2004; Domini et al., 2000; Evans & Wertheim, 2005; Friedman, Dixon, Brownell, Whisman, & Wilfley, 1999). Deste modo, a insatisfação corporal pode conduzir a dificuldades ao nível do relacionamento interpessoal e no estabelecimento de relações de intimidade nas relações amorosas, da mesma forma que a qualidade da relação conjugal pode ser determinante na forma como o indivíduo vive e experiencia o seu corpo (Barbosa, 2008; Friedman, et al., 1999).

3.9. Hipótese 9

“Espera-se que mulheres com diagnóstico de infertilidade de causa feminina revelem uma maior insatisfação com a imagem corporal, quando comparadas com mulheres com outro tipo de diagnóstico.”

Através de uma análise de variância (*One way_ANOVA*) constatou-se que não há diferenças significativas na insatisfação com a imagem corporal em função das causas de diagnóstico de infertilidade [$F(4,65) = 1.49$, $p = .21$, $\eta^2 = .084$].

Assim, parece que os diferentes tipos de diagnóstico não diferenciam as mulheres em termos de insatisfação corporal. De qualquer forma, verificamos que quando a causa de diagnóstico é feminina a média de insatisfação corporal é relativamente superior ($M = 10.47$; $DP = 7.17$), seguida pela causa de diagnóstico inexplicada/idiopática (já fizeram exames, mas não revelaram onde está o problema) ($M = 9.91$; $DP = 8.42$) e, finalmente, pelo diagnóstico de causa masculina ($M = 7.65$; $DP = 7.36$) e pela de fator misto ($M = 5.70$; $DP = 5.32$). Ao mesmo tempo que quando a causa de diagnóstico ainda não é conhecida a insatisfação com o corpo é menor ($M = 4.50$; $DP = 4.20$).

A ausência de diferenças poderá indicar que estas mulheres se identificam a si mesmas como inférteis, estando em si a causa do diagnóstico ou não (Johnson & Fledderjohann, 2012). Por outro lado, é evidente que é o corpo das mulheres que está mais implicado no processo de tratamentos, independentemente do tipo de diagnóstico, o que terá implicações não só a nível psicológico, mas físico (Greil, 2002 citado em Johnson & Fledderjohann, 2012) e, portanto, com repercussões na imagem corporal. Na verdade, a literatura aponta no sentido de que a “medicalização do corpo” das mulheres com este diagnóstico, que possam já ter ou não iniciado o processo tratamento, tem um impacto relevante nas respostas psicossociais das mulheres (Greil, McQuillan, Lowry & Shreffler, 2011; Johnson & Fledderjohann, 2012).

3.10. Hipótese 10

“Espera-se que pessoas com níveis mais elevados de qualidade de vida tenham níveis inferiores de insatisfação corporal.”

Tabela 4

Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e a insatisfação corporal (n = 70)

	BIS (insatisfação corporal)	FertiQol	FertiQol Emocional	FertiQol Mente/ Corpo	FertiQol Relacional	FertiQol Social
BIS (Insat. corporal)	1	-.487**	-.427**	-.401**	-.453**	-.419**
FertiQol		1	.895**	.896**	.682**	.838**

FertiQol Emocional	1	.826**	.493**	.631**
FertiQol Mente/Corpo		1	.448**	.653**
FertiQol Relacional			1	.484**
FertiQol Social				1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$

Pela análise da tabela 4 podemos constatar que a qualidade de vida está negativamente, e de forma moderada, correlacionada com a insatisfação corporal, $r(70) = -.49$, $p = < .001$. Assim, a percepção de uma melhor qualidade de vida estará associada a uma menor insatisfação corporal, o que tem sido corroborado noutros estudos (Behovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

Foi observada, também, uma correlação moderada e negativa entre a insatisfação corporal e cada uma das dimensões da qualidade de vida, sendo mais forte na dimensão relacional da qualidade de vida, o que significa que uma maior insatisfação corporal está relacionada com uma menor qualidade de vida relacional ($r(70) = -.45$, $p = < .001$). A este respeito pode-se dizer que, tal como Schilder (1999) preconizou, a imagem corporal é coconstruída e influenciada pelas experiências relacionais mais significativas, é um fenómeno construído socialmente, é algo que se constrói através do nosso “mundo” de relações, sendo que não podemos descartar a influência preponderante de um relacionamento íntimo na forma como cada pessoa constrói a sua imagem corporal (Barros, 2005).

A par disso, foi possível constatar que as restantes dimensões da qualidade de vida (emocional, social e mente/corpo) também se encontram correlacionadas negativamente com a insatisfação corporal. No sentido de clarificar o que estas dimensões avaliam podemos dizer que: a qualidade de vida emocional diz respeito à influência que a infertilidade desperta ao nível das emoções; a qualidade de vida social que avalia sobretudo a qualidade do relacionamento interpessoal das pessoas afetadas pela infertilidade e, por último, a qualidade de vida mente/corpo que está mais relacionada com o impacto que a infertilidade tem ao nível da saúde física, da cognição e do comportamento (Aarts, Huppelschoten, Empel, Boivin, Verhaak, Kremer & Nelen, 2011, Boivin, Takefman, Braverman, 2011), sendo que isto significa que a insatisfação corporal está relacionada com uma fraca qualidade de vida a vários níveis, e, consequentemente

as dimensões avaliadas da qualidade de vida do instrumento FertiQol revelam que pessoas que se defrontam com um problema de infertilidade, nomeadamente mulheres, que foi sobre o que esta investigação incidiu, se percecionarem uma boa qualidade de vida ao nível dos afetos, do relacionamento interpessoal, do parceiro amoroso e da saúde física e mental podem revelar também mais satisfação com o seu corpo e com a sua imagem corporal, sendo que o inverso também se aplica.

3.11. Hipótese 11

“Espera-se que mulheres que tenham apoio psicológico revelem uma menor insatisfação corporal, comparativamente àquelas que não tenham apoio psicológico.”

A hipótese formulada não foi possível de ser testada, dada a discrepância entre os dois grupos, já que apenas cinco mulheres com diagnóstico de infertilidade (n =70) recebiam apoio psicológico.

Achámos interessante explorar, contudo, o grau de importância que atribuíram ao apoio psicológico na sua condição de saúde (independentemente de estarem a ser acompanhadas ou não). Verificámos que 35,7% das mulheres revelaram que seria “Importante”, seguidas de 21,4% que assumiram que o apoio psicológico tendo em conta a sua situação seria “Muito Importante”.

A disponibilização dos serviços de psicologia nas áreas da saúde reprodutiva, nomeadamente com homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade, parece, ainda, insuficiente para o número de pessoas que o encara como um serviço necessário e útil para lidar com uma crise no seu ciclo de vida. Desta forma, se encara a discrepância entre o número de mulheres que frequentam um serviço de psicologia e as que avaliam a sua importância como algo bastante útil e necessário. Os profissionais de saúde mental teriam aqui uma oportunidade de influenciar de forma decisiva a vida das pessoas que o contatassem ao atravessar esta fase, através do ensino de novas estratégias de *coping*, que potenciariam uma resolução mais efetiva dos eventuais problemas que pudessem surgir (Horowitz, Galst & Elster, 2010).

3.12. Hipótese 12

“Espera-se que a insatisfação corporal seja mais elevada quando já existiram outras gravidezes (abortos).”

Contrariamente ao que era esperado, não há diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com e sem gravidezes ao nível da insatisfação corporal, $t(68) = .151, p = .880, d = .037$.

A par disso, não se encontraram diferenças significativas na insatisfação corporal entre as mulheres que já passaram por um aborto, das que nunca passaram por esta vivência, $t(67) = -.247, p = .806, d = -.060$.

Tornar-se pai/mãe é uma das grandes transições da vida, sendo que o acesso à parentalidade é, frequentemente, visto como uma experiência de grande impacto, dado que introduz grandes mudanças na vida das pessoas (Crespi & Fontaine, 2012). O período da maternidade é um período de transição em que o corpo da mulher se transforma e a mulher sente a necessidade de rever as suas relações de vinculação, sendo que questões relacionadas com a identidade, a intimidade e a sexualidade são salientes e ganham novos contornos (Figueiredo, 2005). Desta forma, esperava-se que houvesse diferenças ao nível da imagem corporal em mulheres que já tinham experienciado uma gravidez, ainda que sem sucesso, uma vez que já haviam experienciado, mesmo por um curto período de tempo, a experiência da maternidade. Porém, será importante ter-se em conta o significado atribuído à experiência de aborto e de que forma esta terá tido implicações na vivência corporal de cada uma.

3.13. Hipótese 13

“Espera-se que a qualidade de vida, a satisfação com os tratamentos, bem como o IMC sejam preditores significativos da insatisfação corporal...”⁴

Para testar esta hipótese realizou-se uma regressão múltipla com o método *simultâneo (enter)* com as dimensões da qualidade de vida (emocional, mente-corpo, relacional e social), com a satisfação com tratamentos de fertilidade e com o Índice de

⁴ De salientar que foram testados outros modelos com variáveis consideradas importantes, nomeadamente a idade e o número de tratamentos, sendo que os resultados encontrados nos valores β e p situaram-se abaixo dos descritos na Tabela 5.

Massa Corporal (IMC) como variáveis independentes (VI's) e a insatisfação corporal como variável dependente (VD). Todos os pressupostos foram assegurados.

As relações de regressão estão sumariadas na Tabela 5.

Tabela 5

Modelo de regressão múltipla: VI's (IMC, FertiQol Emocional, FertiQol mente/corpo, FertiQol relacional, FertiQol social e FertiQol Tratamento); VD (Insatisfação corporal)

<i>Variáveis preditoras</i>	<i>Insatisfação Corporal</i>		
	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
IMC	.426	.196	.083
FertiQol Emocional	-.052	-.134	.500
FertiQol mente/corpo	-.012	-.035	.995
FertiQol relacional	-.128	-.264	.030
FertiQol social	-.059	-.161	.363
FertiQol Tratamento	-.041	-.094	.468
$R = .565; R^2 = .319; R^2 \text{ ajustado} = .255$			

O modelo proposto prediz significativamente a insatisfação corporal, $F(6,63) = 4.93$, $p < .001$ e o conjunto das variáveis consideradas explica 32% da variância da satisfação corporal ($R^2 = .319$). Constatamos que, controlando as restantes variáveis, a qualidade de vida relacional é o preditor que se destaca ($\beta = -.264$, $p < .05$), sendo, ainda, o Índice de Massa Corporal um preditor a considerar, uma vez que com uma dimensão amostral relativamente superior seria de esperar que se tornasse um preditor significativo ($\beta = .196$, $p = .08$).

Assim sendo, a qualidade de laço emocional com o par amoroso será a dimensão da qualidade de vida com maior relevo, predizendo uma boa relação com o corpo. A qualidade relacional, avaliada pelo FertiQol, diz respeito aos aspetos relacionados com a sexualidade do casal, a afetividade na relação conjugal, a dedicação ao companheiro(a), o impacto negativo que a infertilidade pode ter na relação com o cônjuge, a comunicação e a satisfação conjugal. Parece, então, que a imagem corporal poderá ser afetada por estas dimensões do relacionamento amoroso, salientando-se, evidentemente, o caráter bidirecional desta relação. Assim sendo, é reforçado o papel central do par amoroso nesta fase de desenvolvimento. Particularmente, constatamos o efeito positivo de uma relação romântica de qualidade na imagem corporal, isto é, a satisfação percebida por estas

mulheres em diversas dimensões da sua relação amorosa (sexualidade, comunicação, afetividade) terá impacto, por seu lado, na relação que estas mulheres estabelecem com o seu corpo e na forma como valorizam a aparência. Efetivamente, a construção da imagem corporal faz-se na relação com os outros e a relação romântica pode reforçar ou, por outro lado, desconfirmar experiências de rejeição vividas previamente com figuras de vinculação significativas (Barbosa, 2008; Matos, 2002). Dada a sua natureza íntima, a relação amorosa pode apoiar, ou não, a construção de uma imagem corporal positiva e saudável. Além disso, porque o corpo é percebido como uma importante componente de atratividade, não parece surpreendente que estas mulheres acreditem que a imagem corporal seja particularmente influente na obtenção de relações românticas de sucesso e, portanto o corpo a ser vivenciado não só como um importante produto, mas também co-construtor das próprias relações românticas (Barbosa, 2008).

Quanto ao IMC, tal como já foi salientado neste estudo e noutras investigações, quanto mais elevado o índice de massa corporal, maior será a insatisfação com o corpo destas mulheres. Assim sendo, a imagem corporal parece ser afetada pela consciência de que a perceção do corpo real não corresponde ao corpo idealmente desejado. Estes dados serão facilmente explicados pela interiorização de crenças culturais em relação à magreza ou não-sobrepeso, como o equivalente do corpo belo, o que resultará numa visão negativa do próprio corpo. De facto, este padrão de beleza, essencialmente feminino, estimulará muitas mulheres a considerarem o seu peso superior aquele idealmente desejariam. Por seu lado, estes dados não nos dão informação relativa à perceção e significado do peso corporal, que, eventualmente, será mais central para o grau de preocupação com a imagem corporal, do que o peso real por si só (este facto será tido em conta na abordagem qualitativa apresentada no próximo ponto).

Como vimos, a imagem corporal é influenciada por uma multiplicidade de fatores, incluindo os aspetos relacionais e sociais. Esta influência varia de pessoa para pessoa, dependendo do poder que for dado a cada um destes intervenientes. Contudo, serão fundamentais estudos futuros neste âmbito no sentido de se verificarem estes resultados e a complexidade da relação entre estas e outras variáveis.

4. Apresentação e discussão dos dados qualitativos

De seguida, serão analisadas as respostas obtidas às três questões abertas que o questionário continha (e.g. *O que significa para si ter um diagnóstico de infertilidade?; Como se sente em relação ao seu corpo?; E como se sentia antes desta situação?*).

A técnica de exploração dos dados recolhidos foi a análise de conteúdo, uma vez que tem em consideração as significações, as formas e as distribuições destes conteúdos. A análise de conteúdo segundo Bardin (2011, p.45) “*debruça-se na descoberta de outros significados através das mensagens*”. Esta análise de conteúdo foi elaborada em três fases: numa primeira fase fez-se as transcrições integrais das respostas, através de uma organização não estruturada dos dados, seguiu-se a fase de exploração do material, na qual se criaram categorias, subcategorias e definições explicativas. As nossas *unidades de análise* (elementos unitários de conteúdo submetidos a classificação) foram os temas que foram surgindo nas respostas dos participantes e estas foram sendo classificadas em categorias e subcategorias temáticas mutuamente exclusivas. Por último fez-se o tratamento dos resultados e a sua interpretação, que serão apresentados de seguida, tomando-se como guião de análise o sistema de categorias e subcategorias que emergiu das respostas às perguntas abertas dos questionários pelos participantes: representações da infertilidade e representações da vivência corporal na infertilidade.

4.1.Representações da infertilidade

Tabela 6

Síntese das categorias, subcategorias, frequência e definição das representações da infertilidade.

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas)	Definição
Experiência emocional	Emoções negativas	34	Emoções negativas despoletadas com o diagnóstico de infertilidade (e.g. ansiedade, dor, incerteza, tortura, revolta, injustiça).
	Emoções positivas	14	Emoções positivas desencadeadas com o diagnóstico de infertilidade (e.g. esperança, otimismo, alívio, força).
Experiência de perda / Luto		21	Infertilidade encarada como uma experiência de perda/luto.
Doença – incapacidade de conceber		9	A infertilidade assumida como uma doença que afeta a saúde reprodutiva e que dificulta a capacidade de gerar um filho naturalmente.
Incompletude		4	Referência à percepção de inferiorização e adjetivações pejorativas.
Acontecimento de vida	Inesperado	4	Acontecimento de vida visto como um contratempo, um caminho interrompido.
	Marcante	3	Infertilidade considerada um evento de vida que marca toda a existência da pessoa.

No que diz respeito ao significado de um diagnóstico de infertilidade esta amostra revelou maioritariamente que este diagnóstico é **sentido como uma experiência emocional negativa** (temática que apareceu 34 vezes nos discursos das participantes), que causa ansiedade, incerteza, sofrimento “ (...) *O desespero começou quando me apercebi que transferência após transferência recebia sempre um resultado negativo.*” (n40), “*Sensação de fracasso e impotência face a um problema que não depende de nós para se resolvido*” (n51). É associada, ainda a revolta, e injustiça “*Recebi uma traição da natureza que ainda não fui capaz de perdoar.*” (n3), “*No início foi difícil de aceitar por não acharmos justo termos este diagnóstico quando por todo o mundo tantas crianças são trazidas ao mundo em situações sociais degradantes, no seio de famílias*

completamente disfuncionais.” (n49). Sem dúvida, a infertilidade é uma experiência de vida avaliada negativamente (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991).

A par disso, há participantes que comparam a infertilidade a uma experiência de **perda/luto** (21 unidades de análise) “ (...) *Ainda não sei como vou reformular a minha vida sem este sonho se tornar realidade.*” (n6), “*Significa haver a possibilidade de viver uma vida sem poder ter a sensação de estar grávida, ver a barriga crescer...significa dor por imaginar um futuro sem filhos.*” (n12), “*A infertilidade representa para a mulher, para além da impossibilidade de conceber, uma constante experiência de perda e luto.*” (n43).

Por contraponto, são atribuídos a esta experiência significados positivos, encarando o diagnóstico de infertilidade com **sentimentos positivos**, uma vez que é um passo para a obtenção de respostas adequadas ao problema, vindo com esperança, força e otimismo “ *É meio caminho andado para chegar à meta e possibilidade de ter um filho.*” (n20) e “*Ter um diagnóstico é fundamental para se compreender qual o tratamento mais adequado, quais as possibilidades de ter um tratamento bem-sucedido e gerir mais adequadamente as expectativas.*” (n43).

A **infertilidade é representada, como uma doença** que afeta a saúde reprodutiva e que incapacita a possibilidade de conceber um filho, “ (...) *No nosso caso inicialmente foi-nos informado que biologicamente seria impossível ter filhos.*” (n23), “(...) *É uma doença silenciosa que nos mata lentamente.*” (n5). E está associada, ainda, a **incompletude**, significado associado à incapacidade de não conseguirem satisfazer os seus ideais de maternidade, “*Não acaba o mundo, não acaba o casamento, fica só um vazio. Um útero vazio e as crianças dos outros.*” (n3), “*Sinto-me como uma peça com defeito.*” (n69). Por último, há ainda mulheres que referem o diagnóstico de infertilidade como um **acontecimento de vida inesperado** “ *Depende do dia, há dias em que encaro como mais um contratempo que irá ser ultrapassado, há dias em que parece que é o fim do mundo.*” (n15) e **marcante** “(...) *e mesmo para quem consegue engravidar, que é o meu caso, estou atualmente grávida, não se ultrapassa. As marcas ficam para sempre.*” (n53).

Como vimos, e em consonância com a investigação nesta área, a crise da infertilidade é normalmente evocada por uma gama de emoções, que incluem a surpresa, a negação, a raiva, o isolamento, a culpa e a dor (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991).

Após a análise dos dados qualitativos percebemos que o diagnóstico de infertilidade parece ter um grande impacto ao nível emocional destas mulheres, reforçando o que foi avançado anteriormente, aquando da análise quantitativa dos dados. Efetivamente foi ao nível da dimensão da qualidade de vida emocional que foram encontrados valores médios de qualidade de vida mais reduzidos ($M = 46.2$, $DP = 18.3$). Desta maneira, o conhecimento do diagnóstico de infertilidade terá um impacto negativo ao nível da qualidade de vida emocional, impacto esse devido aos significados de perda que lhe são atribuídos, e às emoções negativas que lhe estão associadas, como a tristeza, a dor, a revolta e o sentimento de injustiça.

Para além disso, foi notória também a importância do significado de ser mãe para estas mulheres, aparecendo muito ligado à noção de totalidade, em que a não-realização de um sonho põe em causa a identidade totalitária enquanto mulher (sentimentos de incompletude).

Apesar de tudo, algumas participantes atribuem um significado positivo a esta experiência, mas mais no sentido em que o diagnóstico é associado à identificação de um problema que existia, mas ainda não tinha sido validado quanto à sua explicação e causa, o que gera algum alívio e esperança, aquando da tomada de consciência do que é e do que pode ser feito para o ultrapassar. As mulheres que atribuíram um significado positivo a esta experiência tem como tempo médio de diagnóstico de 59 meses, superior à média encontrada de diagnóstico no total da amostra ($M = 41,8$), o que pode ter a ver com o facto de já ter havido uma reconstrução de significados acerca desta experiência, fazendo com que este diagnóstico seja sentido como valorativamente mais positivo.

4.2. Representações da vivência corporal na infertilidade

No que concerne à relação destas mulheres com o corpo antes e depois do diagnóstico constatarem-se algumas diferenças nestes dois momentos.

Tabela 7

Síntese das categorias, subcategorias, frequência das unidades de análise e definição das representações da vivência corporal antes do diagnóstico

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas)	Definição
Satisfação/ Bem-estar	Satisfação	36	Expressão de satisfação, de força para com o corpo antes do diagnóstico de infertilidade.
	Normalidade	10	Satisfação com o corpo anterior ao diagnóstico expressa em sentimentos de felicidade e normalidade
	Maternidade/ Feminilidade	6	Corpo anterior ao diagnóstico de infertilidade expressão de feminilidade aliada à possibilidade da maternidade.
Indiferença ou Insatisfação		6	Indiferença ou insatisfação com o corpo antes do diagnóstico.
Incerteza / Dúvida		4	Corpo olhado com suspeição e dúvida de que algo se passaria.

Por um lado, **antes do diagnóstico** as mulheres salientaram nos seus discursos a **satisfação e o bem-estar com o corpo** (36 unidades de análise encontradas) (“*Era mais segura e gostava de me olhar ao espelho. Cuidava de mim, tinha cuidado com a alimentação, ir ao ginásio...sentia-me linda!*” (n16) e “*Bem, vaidosa, gostava de me arranjar...sempre me senti bem com o meu corpo.*” (n57). O corpo antes deste diagnóstico transmitia **força e coragem** “*Invencível, como fui sempre uma pessoa que me esforcei para conseguir as coisas fui sempre tendo acesso as mesmas organizando assim a minha vida*” (n11) e “*Capaz de enfrentar tudo.*” (n41). O bem-estar prévio à experiência de um corpo infértil, traduziu-se, ainda, para algumas mulheres, no significado de **normalidade**, *versus* o que seria um corpo *anormal* que surge após o diagnóstico (“*Antes desta situação sentia-me bem.*” (n12) e “*Era feliz com o meu corpo.*” (n55).

Da mesma forma, a representação do que é ser feminina e mãe, é vivida de forma positiva em termos corporais, traduzindo-se numa associação entre **maternidade e a feminilidade** “*Em relação ao «ser Mulher-Mãe» sempre pensei que seria uma mulher*

«normal» ser *Mulher e Mãe.*” (n52) e “*Mais feminina.*” (n65). Todavia, algumas mulheres já revelavam **insatisfação e indiferença face ao corpo** antes desta experiência “*Sempre me custou quando tinha excesso de peso porque a sociedade quase que exige que uma mulher seja elegante e a culpa é sempre da mulher se não está em forma. É algo que é demasiado inculcado na nossa cabeça.*” (n40) e “*Nunca me senti a 100% com o meu corpo.*” (n46), bem como de **alguma incerteza e suspeição já existente na altura face ao corpo** “*Muito menos feliz, pois o problema já lá estava, mas não havia consciência da sua existência*” (n43) e “*Já sentia que alguma coisa em mim não estaria bem mas como não planeava ter filhos a curto prazo fui-me deixando andar, escondendo dentro de mim esta suspeita com pensamentos tipo «isto sou eu a fazer filmes», adiando a questão. Se arrependimento matasse...*” (n60).

Em suma, a vivência corporal antes do diagnóstico foi associada a significados e sentimentos positivos perante um corpo “funcional” e “normal”.

Tabela 8

Síntese das categorias, subcategorias, frequência e definição das representações da vivência corporal depois do diagnóstico

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas)	Definição
Sentimentos negativos	Insatisfação com o peso	9	Sentimentos negativos com o corpo derivados de uma insatisfação com o peso.
	Mal estar	10	Sentimentos negativos relativos ao corpo caracterizados por mal estar, frustração e tristeza.
	Frustração		
	Tristeza		
	Impotência	1	Sentimento de impotência face ao corpo
	Maternidade – Feminilidade	16	Sentimento negativo com o corpo, visto como menos feminino, uma vez que a ligação maternidade – feminilidade está afetada (incapacidade de gerar um filho).
	Implicações dos tratamentos	20	Desagrado face às transformações físicas (alterações de peso) resultantes dos tratamentos.
Sentimentos positivos	Conforto	29	Sentimentos positivos com o corpo.
	Paz		
	Normatividade		
	Satisfação		
Indiferença face ao corpo / sem importância		4	Corpo assumido como algo sem importância, indiferença face ao corpo.
Descontentamento – Estigma		1	Referência ao descontentamento e estigma face ao processo de tratamentos.

Por outro lado, quando se exploraram os significados atribuídos ao corpo **depois do diagnóstico**, verificámos uma **prevalência de sentimentos negativos** (56 unidades de análise): **a insatisfação com o peso e com as transformações físicas dos tratamentos** (nas quais é saliente o aumento de peso e de volume) foram as subcategorias que mais se destacaram “*Tenho variação de peso, tento manter um peso dentro do "normal", o que por vezes é difícil, mas faço um esforço porque sei que também prejudica a fertilidade.*” (n10) e “*Sinto-me permanentemente inchada e "gorda". Devia ter menos uns 6kgs (peso anterior aos tratamentos). (...) Não me sinto feliz com o meu corpo.*” (n55), “*Sinto, desde que iniciei o diagnóstico, que o meu corpo “deixou de ser meu”*”(n35) e “*Não muito bem, engordei 7kg desde o início dos tratamentos, já não consigo controlar o que como.*” (n58). **O mal estar, a frustração e a tristeza** “*Neste momento não me sinto confortável com o meu próprio corpo.*” (n24) e “*Muito mal...desde que comecei a luta pelo tão desejado positivo, esqueci-me de mim! A minha autoestima diminuiu ainda mais quando sempre fui muito insegura.*” (n16); a manifestação de um **corpo menos feminino**, “*Há vezes sinto raiva. Por exemplo tenho peito grande e dói uns dias antes do período menstrual e só penso que não serve para nada.*” (n14) e “*(...) passei a sentir alguma tristeza pelo facto de não me sentir uma mulher completa.*” (n36), bem como o sentimento de **impotência** face a um corpo que não funciona, que não produz “*Impotente!!!*”, foram as (sub)categorias emergentes das respostas das participantes. O impacto dos tratamentos foi, ainda, referido como associado a **descontentamento e estigma social** “*Sinto que o meu corpo foi violado, que nunca mais vai ser o mesmo.....devido no sector público sermos tratadas como um caso e não uma mulher que simplesmente quer ser MãE*” (n64).

Contudo, os discursos destas mulheres foram pautados também por **sentimentos positivos com o corpo** “*Sinto-me bem pois até consegui perder bastante peso para melhorar as probabilidades dos tratamentos.*” (n30) e “*No que toca à estética sinto-me bem*” (n43), parecendo, no entanto, que estes significados se remetiam unicamente para a parte estética e da aparência corporal e não tanto para o corpo enquanto entidade global e simbólica do sujeito.

Algumas participantes demonstram **indiferença face ao corpo e à sua aparência**, atribuindo ao corpo uma importância secundária neste momento “*Nem bem, nem mal.*” (n37) e “*O meu corpo e a preocupação com o aspeto físico deixou de existir...*” (n57),

parecendo que a preocupação com questões estéticas deixa de fazer sentido face às prioridades de poder engravidar.

Posto isto, ficou-se a conhecer que apesar das mulheres não apresentarem níveis elevados de insatisfação corporal, tendo em conta os resultados estatísticos, ainda seriam mais satisfeitas no passado a nível do corpo. Portanto, estes dados de natureza qualitativa deram-nos a oportunidade de perceber um pouco do processo desenvolvimental da satisfação corporal nesta situação de infertilidade. Desta maneira, apesar de não termos acessos a dados longitudinais, temos acesso a uma retrospectiva das participantes em relação à forma como se sentem e como se sentiram no passado com o seu corpo. Em resumo, na análise de conteúdo fica-se a perceber que as mulheres sentem que o seu corpo mudou desde que ficaram a conhecer este diagnóstico e que os tratamentos têm um impacto de relevo nesta transformação. Nestes relatos nota-se ainda a importância que é dada à maternidade como um dos fatores centrais do ser mulher, sendo que a identidade de uma mulher parece ser consolidada com o ser-se mãe (Ulrich & Weatherall, 2000). Neste sentido, compreende-se as afirmações que relatam que com um diagnóstico de infertilidade, ou seja, com a incapacidade de gerar um filho naturalmente, a feminilidade está comprometida e aí são visíveis sentimentos de vazio e de incompletude.

As representações sociais da infertilidade associadas ao valor social dado à maternidade reportam que atualmente ainda estamos perante uma “versão romântica e idealizada” desta, remetendo as novas formas de maternidade, nomeadamente o que se refere às técnicas de reprodução medicamente assistidas e à adoção, e à não maternidade para a esfera da não normatividade. Consequentemente, a infertilidade e a condição de infértil apresentam-se como uma transgressão das expectativas socialmente impostas para o sexo feminino e para o sexo masculino (Trindade & Enumo, 2001).

Em suma, a maternidade parece ser um conceito chave na vida destas mulheres, não só para o seu bem-estar psicológico, mas também para o seu bem-estar a outros níveis, por isso, quanto maior for a importância dada a este objetivo de vida mais difícil vai ser para as mulheres, que se veem privadas desta experiência desenvolvimental, ultrapassarem esta fase, nunca obliterando que a infertilidade, mesmo quando ultrapassada, é um evento que deixa marcas para o resto da vida.

CAPÍTULO III

CONCLUSÕES

III. CONCLUSÕES

Neste capítulo final pretende-se fazer uma análise das principais inferências que foram surgindo ao longo da investigação, sugestões, limitações, potencialidades e implicações para a psicologia enquanto teoria e para a prática clínica.

Este trabalho espera ser um contributo para uma melhor compreensão da infertilidade vivida no feminino, particularmente como é que o corpo é experienciado neste processo. Um dos principais resultados desta investigação prende-se, fundamentalmente, com a oportunidade de ouvir as mulheres acerca desta experiência. Embora os resultados quantitativos encontrados não apontem para níveis de insatisfação corporal significativamente elevados, nos dados qualitativos deparamo-nos com a presença de um discurso eminentemente marcado por sentimentos negativos, nomeadamente de insatisfação com o peso, de incompletude relativamente à sua condição de maternidade/feminilidade, por mal-estar, frustração e tristeza relativamente a um *corpo disfuncional*. Esta discrepância de resultados poderá estar relacionada com a menor sensibilidade do instrumento utilizado para avaliar a satisfação corporal para estas questões específicas, deixando de lado dimensões importantes da satisfação corporal na infertilidade (não necessariamente relacionadas com a aparência física, mas com o significado ou função do corpo, por exemplo). O instrumento de avaliação da satisfação corporal, *Body Image Scale*, avalia sobretudo as áreas ligadas à satisfação com a aparência física e à atratividade, por conseguinte há dimensões que são negligenciadas como é o caso da funcionalidade do corpo e das áreas ligadas à feminilidade, nomeadamente as questões da maternidade.

Foi importante, ainda, perceber as mutações de sentimentos e significados em termos desenvolvimentais, tendo em conta o antes e o depois do diagnóstico ou tratamentos de infertilidade e suas consequências físicas e psicológicas. Efetivamente, quando confrontadas com o corpo antes do diagnóstico, as participantes referiram maioritariamente sentimentos de satisfação e bem-estar com o corpo, contrastando com os sentimentos de frustração, de impotência e insatisfação perante um corpo mais disforme e mutilado, atualmente. Reforçando os resultados encontrados na investigação, o peso (consequência frequente dos tratamentos de infertilidade) parece ser um dos

fatores centrais de insatisfação com a aparência, sendo mesmo um dos preditores de insatisfação para estas mulheres.

Foi importante perceber, também, as implicações que a imagem corporal poderá ter ao nível da QDV, nomeadamente no domínio emocional, mente/corpo, relacional e social. A qualidade de vida adquire um papel central neste estudo quando se assume como um importante preditor da imagem corporal nestas mulheres, particularmente a qualidade da relação conjugal.

Assim, a intervenção psicológica deve estar atenta à importância de não se descurar as dimensões relacionais (conjugais, principalmente), sociais e mentais para uma relação mais positiva destas mulheres com o seu corpo, podendo contribuir para uma melhoria na sua qualidade de vida. Da mesma forma, será importante a valorização de intervenções centradas no bem-estar corporal, no prazer e em sensações prazerosas, o que poderá ter um impacto positivo na forma como a mulher se relaciona consigo e com o seu corpo, com os outros e com o mundo, reforçando a importância de uma abordagem holística da intervenção.

Em futuros estudos seria relevante termos acesso à perspetiva do outro elemento do casal, de forma a compreender como é que o impacto da infertilidade é vivenciado na conjugalidade e na qualidade de vida de cada um dos elementos da díade, nomeadamente na forma como cada um experiencia a sua imagem corporal e a do outro, salvaguardando-se uma abordagem ecológica e sistémica deste fenómeno.

No que se refere às representações atribuídas à condição de infértil percebeu-se que, nesta amostra, a infertilidade é, maioritariamente, sentida como algo negativo, causador de ansiedade, incerteza e sofrimento, assim como é encarada como uma experiência de perda/luto. É um sofrimento que comporta representações e significados do ser feminino, podendo interferir nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas da mulher, levando a sentimentos de baixa autoestima ou de inferioridade. Efetivamente, vários autores referem que a infertilidade para as mulheres afeta a sua imagem corporal e sentem-se defeituosas, o que as leva a sentirem raiva por não serem capazes de controlar os seus corpos e as suas vidas. Sentem-se privadas de algo que todas as mulheres têm por garantido e não compreendem porque é que foi a elas que lhes tiraram a oportunidade de serem mães, de concretizarem o sonho da sua vida (Delgado, 2007).

Contudo, apesar das dificuldades que as mulheres possam enfrentar ao longo da vivência da infertilidade, todo este processo pode envolver também mudanças positivas e proporcionar uma oportunidade para reintegrar as mudanças ao nível da imagem corporal.

Esta investigação veio assim pôr a tónica na importância das construções que estas mulheres fazem acerca do seu corpo, devendo haver uma atenção especial dos profissionais de saúde para as questões como a atratividade e a feminilidade (Horowitz, Galst & Elster, 2010). Na verdade, a possibilidade de disporem de apoio psicológico no processo de tratamentos deveria ser garantido, o que foi reforçado pela maioria das participantes.

A metodologia mista revelou-se uma importante mais-valia, no sentido de se complementarem avaliações mais objetivas e outras de cariz mais processual e subjetivo, pelo que a investigação futura deveria estender e aprofundar os objetivos aqui propostos com amostras mais heterogéneas e diversificadas.

No que diz respeito às limitações desta investigação podem se ressaltar a dificuldade na recolha de uma amostra com estas características, o que nos limitou alguns procedimentos e análises, tendo em conta, ainda assim, o número de participantes conseguido. A par disso, a utilização do instrumento de avaliação da insatisfação corporal, *Body Image Scale*, pode não ter sido a melhor escolha, visto que pode não ser sensível a mulheres a vivenciar um determinado tipo de infertilidade, dado que não foi testada nesta população, mas sim em mulheres com cancro de mama. No entanto, este estudo permitiu perceber que esta escala pode ser uma medida fiável para esta população, podendo, eventualmente, em próximas investigações ser complementada com outras formas de avaliação. Seria interessante criar um instrumento para avaliação da insatisfação corporal que tivesse em conta as particularidades desta população e que tivesse em conta não só a aparência e atratividade, mas também a funcionalidade do corpo e os significados que lhe são atribuídos. Além destas dimensões seria também importante focar a questão das mudanças corporais levadas a cabo pelos tratamentos e como é que é a oscilação entre o estar em processo de tratamento e o não frequentar um ciclo de tratamentos no momento atual, uma vez que esta variável pode fazer variar a imagem corporal que esta população tem de si, logo esta flutuação ou não que poderá existir poderia ser tida em conta e alvo

de análise num estudo posterior. Por último, seria relevante ainda abordar as questões da maternidade e como estas podem estar relacionadas com a feminilidade, uma vez que há evidências na literatura que apontam que a maternidade é um dos caminhos para a mulher se sentir mais feminina (Bayle, 2008 citado em Bayle & Martinet, 2008).

Relativamente a eventuais sugestões para futuros estudos neste domínio, tal como já foi referido, seria importante conhecer qual o impacto da infertilidade nos homens, assim como perceber como é que experiência da infertilidade é vivenciada na conjugalidade.

Ademais, a pertinência de estudos longitudinais nesta área será central, tentando-se perceber como é que a vivência corporal destas mulheres varia ao longo do tempo, como se vai construindo e reconstruindo a imagem corporal e quais os seus principais intervenientes.

A inserção de um grupo de controlo não clínico com mulheres que não estivessem a vivenciar a infertilidade seria um aspeto importante a ter em consideração, dado que iria permitir estabelecer comparações relativamente à insatisfação corporal e à qualidade de vida com as mulheres sem este diagnóstico, alcançando verdadeiramente o impacto da infertilidade nestes domínios.

Seria também relevante ter cuidado na utilização de certas variáveis, nomeadamente o apoio psicológico e por isso em futuras investigações seria aconselhável controlar o número de participantes em cada condição para estabelecer comparações fiáveis.

Finalmente, este estudo explora domínios relevantes para a compreensão da Infertilidade e para uma melhor atuação dos profissionais de saúde no cuidado a estas pessoas. Este é um trabalho exploratório, que abre uma janela no que diz respeito à importância da imagem/vivência corporal na experiência subjetiva da infertilidade e na QDV, domínio ao conhecimento da Imagem Corporal na Infertilidade essencialmente nas vivências do sexo feminino, assim como a infertilidade pode ser desafiante na forma como o corpo é experienciado. Sabendo que a investigação nesta área se tem tornado cada vez mais interdisciplinar. Esta investigação põe, assim, em tónica a importância que a imagem corporal e a satisfação ou insatisfação com o corpo em mulheres pode ter na vivência da infertilidade. Salientando, que ao longo do processo de diagnóstico e tratamentos o corpo é “objetificado” e não lhe é dado grande valor, apesar de este ser um

importante dado a ter em conta. A perceção de uma boa qualidade de vida é também um bom indicador para o bem-estar a nível global desta população, sendo que intervenções que potenciem uma melhoria neste domínio são necessárias. Esperamos que este estudo e contributos sirvam como catalisadores para novas ideias, investigação mais produtiva e intervenções mais eficazes.

IV.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts, J. W. M., Huppelschoten, A. G., Empel, I. W. H., Boivin, J., Verhaak, C. M., Kremer, J. A. M. & Nelen, W. L. (2011). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 0(0), 1-8.
- Amudha, M., Rani, S., Kannan, K., Manavalan, R. (2013). An updated overview on causes, diagnosis and management of infertility. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 18(1), 155-164.
- Associação Portuguesa de Fertilidade. (s.d.). Obtido em 25 de janeiro de 2012, de <http://infertilidade.wordpress.com/2009/04/21/definicao-de-infertilidade7>
- Associação Portuguesa de Fertilidade. *Guia da infertilidade*. Matosinhos.
- Azevedo, M. D. (2013). *A dor vivida num corpo crónico: fibromialgia e imagem corporal*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barbosa, M. R. (2001). *A influência da vinculação aos pais na Imagem corporal de adolescentes e jovens*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Barbosa, M. R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.
- Barbosa, M. R., & Costa, M. E. (2001/2002). A influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 83-92.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). As Relações de Vinculação e a Imagem Corporal: Exploração de um Modelo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 273-282.
- Barbosa, R. M., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23, 24-34.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (s.d.). O corpo e os afetos: a família e a vivência corporal.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ªed.). Edições 70, Lda.

- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 547-554.
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Climepsi Editores.
- Blowers, L.C., Loxton, N.J., Grady-Flessner, M., Occipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescents girls. *Eating Behaviors*, 4, 229-244.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in fertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment - seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22 (6), 1506-1512.
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQol) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 26 (8), 2084-2091.
- Bornstein, M. (2002). *Handbook of Parenting* (2º ed., Vol. 3). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Breejen, E. M. E., Nelen, W. L. D. M., Schol, S. F. E., Kremer, J. A. M., & Hermens, R. P. M. G. (2013). Development of guideline-based indicators for patient-centredness in fertility care: what patients add. *Human Reproduction*, 28(4), 987-996.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (2000). *Infertility Counseling : A comprehensive handbook for clinicians*. The Parthenon Publishing Group.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental : Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3), 243-268.
- Cardiff University. (23 de março de 2012). *FertiQol Quality of Life Tool*. Obtido de <http://psych.cf.ac.uk/fertiqol/>
- Cash, T. F. (s.d.). Body image.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5

- Cash, T.F., & Fleming, E.C. (2004). Body image and social relations. In T.F.Cash & T. Pruzinsky (Eds), *Body image. A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 277-286). New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F., Thériault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 89-103.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101-110.
- Chang, S.-N., & Mu, P.-F. (2007). Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 531-538.
- Costa, F. (no prelo). *A imagem corporal em lesionados vértebro-medulares: a relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2006). Psychological impact of infertility. *Harvard Medical School*, 21(2), 293-308.
- Crespi, I., & Fontaine, A.-M. (2012). Transition to parenthood and fertility intentions in Europe. Family choices and child-birth challenges. *International Review of Sociology*, 1-4.
- Daniluk, J. (1988). Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49, 982-990.
- Darwich, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J. N., Roten, Y. (2013). Couple's resolution of an infertility diagnosis before undergoing in vitro fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2), 91-102.
- Delgado, M. J. (2007). *O desejo de ter um filho. As vivencias do casal infértil*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em

WWW:<URL:<http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/724/1/LC331.pdf>>.

- DGS (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Domini, N.L., Johnson, W.b., & Koch, K. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology*, 134, 23-40.
- Evans, L. & Wertheim, E.H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression, and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Fiese, B. H., K. M., & Cowan, P. A. (1999). *The stories that families tell: narrative coherence, narrative interaction, and relationship beliefs*. Maldon, MA: Blackwell Publishers
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade*, 12, 83-102.
- Friedman, M., Dixon, A. E., Brownell, K. D., Whisman, M. A. & Wilfley, D. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *John Wiley & Sons*.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30(1), 30-84.
- Gaspar, N. M. (1999). *Estudo da Imagem Corporal na Adolescência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gray, E., Evans, A., & Reimondos, A. (2013). Childbearing desires of childless men and women: When are goals adjusted? *Advances in Life Course Research*, 141-149.
- Greil, A. L., Slauson - Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.

- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87-94.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Hamada, A., Esteves, S.C., Nizza, M., & Agarwal, A. (2012). Unexplained male infertility: Diagnosis and management. *International Braz. J. Urol.*, 38(5), 576-594.
- Harrington, J. (2011). Implications of treatment on body image and quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(4), 290-299.
- Harvard Mental Health Letter. (May de 2009). The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Medical School*, 25(11).
- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). Depression and Body Image among Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 613-625.
- Horowitz, J. E., Galst, J. P., & Elster, N. (2010). *Ethical dilemmas in fertility counseling*. American Psychological Association.
- Hutchinson, D.M. & Rapee, R.M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1557-1577.
- Jafary, F., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., & Delavar, A. (2011). Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & Mental Health*, 15(5), 630-637.
- Jaffe, J., & Diamond, M. O. (2011). *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients*. Washington: American Psychological Association.
- Joaquim, T. (2006). *Cuidar dos outros, cuidar de si*. Livros Horizonte.
- Johnson, K. M., & Fledderjohann, J. (2012). Revisiting "her" infertility: Medicalized embodiment, self-identification and distress. *Social Science & Medicine*, 75, 883-891
- Koroma, L., & Stewart, L. (2012). Infertility: Evaluation and initial management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(6), 614-620.
- Khetarpal, A., & Singh, S. (2012). Infertility: Why can't we classify this inability as disability? *Australasian Medical Journal*, 334-339
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Fim de Século Edições.

- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (August de 2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223-237.
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, M. J., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24(4), 906-912.
- Malin, M., Hemminki, E., Räikkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M-L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Sciences & Medicine*, 53, 123-133.
- Martins, D. F., Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2008). Satisfação com a imagem e corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 94-105.
- Martins, M. (2013). *Acompanhando (In) fertilidades (s): 15 anos de Experiência*, comunicação efetuada nas Jornadas de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática, Porto.
- Martins, M. V. (2008). *Social support, coping and depression in men and women facing infertility: examining mediating, moderating, and dyadic effects*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Porto, Porto.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26, pp. 2113-2121.
- Martins, M.V., Costa, M.E., Almeida, V. M., & Peterson, B.D. (2012). Efeitos diretos e indiretos de estratégias de coping no stress sexual associado à vivência da infertilidade. In J. L. Pais Ribeiro, I. Leal, A. Pereira & S. Monteiro (Eds.), *Psicologia da saúde: desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (177-183). Lisboa: Placebo Editora.
- Matias, M. (2012). *Conciliation strategies and intentions to have a child: dyadic and gender interdependences*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.

- Matos, P.M. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Menezes, M. M. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Menning, B. E. (October de 1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313-319.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2009). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-8.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Santos, T. A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health*, 27(5), 533-549.
- P., P. D., & R., P. S. (2010). Riesgos y complicaciones de los tratamientos de infertilidad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 21(3), pp. 457-462.
- Pereira, A. E. (2011). *Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Ramos, M. C. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ribeiro, P. R., & Tavares, M. C. (2011). As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em imagem corporal. *Motricidade*, 7, 83-95.
- Riccialdelli, L.A. & McCabe, M.P. (2001). Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weigh, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*, 44, 189-207.
- Ried, K., & Alfred, A. (2013). Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Tradicional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Women's Health*, 13(17), 1-11.
- Santos, A. M., & Vara, N. (2001/2002). Dimensões psicológicas da esterilidade e infertilidade. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18 215-221.

- Schilder, P. (1999). *A Imagem do Corpo: As Energias Construtivas da Psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Schmidt, L. (March de 2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility*, 14-20.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56
- Silva, M. (no prelo). *A imagem corporal na amputação: relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Silva, M. S., Castro, E. K., & Chem, C. (2012). Qualidade de vida e auto-imagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Universitas Psychologica*, 11(1), 13-23.
- Smith, J. F. (2009). Sexual, Marital, and Social Impact of a Man's Perceived Infertility Diagnosis. *Sex Med*, 6, 2505-2515.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317.
- Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility. In A. L. Stanton, & C. Dunkel-Schetter, *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp.3-16). New York: Plenum Press.
- Thompson, E. H., Woodward, J. T., & Stanton, A. L. (2011). Moving forward during major goal blockage: situational goal adjustment in women facing infertility. *Behav Med*, 34, 275-287.
- Touliatos, J., Perlmutter, B. F., & Holden, G. W. (1989). *Handbook of family measurement techniques - Abstracts* (Vol. II).
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 5-26.
- Vala, J. (1997). Representações sociais – Para uma psicologia do pensamento social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp. 353-367). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F., & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction*, 13, 27-36.
- Wardle, P., & Cahill, D. (2010). *Compreender a infertilidade*. Porto: Porto Editora.
- Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic Infertility - Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485-494.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.

V. ANEXOS

A decorative graphic consisting of multiple parallel lines forming an L-shape, starting from the left margin and extending horizontally across the page below the section header.

ANEXO 1.

CONSENTIMENTO INFORMADO



QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Este questionário foi elaborado com vista à realização de um estudo científico, inserido no Mestrado Integrado em Psicologia, que visa compreender o impacto da infertilidade na vivência corporal das mulheres.

Não há respostas certas ou erradas: a resposta adequada será aquela que melhor descrever o que pensa e sente em relação às questões. As perguntas podem fazê-lo/a pensar sobre si, mas o questionário não faz nenhum julgamento de valor. Todas as respostas são **anónimas e confidenciais**, não havendo qualquer associação entre as respostas e a pessoa que respondeu.

Esta investigação irá basear-se na sinceridade das suas respostas. A sua participação é muito importante. Por favor responde a **todas** as perguntas, com **calma, consciência e sinceridade**.

No final do preenchimento, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!

Consentimento: Depois de esclarecido/a acerca das condições da sua participação neste processo de recolha de dados e de estar informado/a acerca das formas de utilização futura das suas respostas, pedimos-lhe o favor de manifestar expressamente a sua intenção de proceder ao preenchimento do mesmo e a sua disposição a observar as recomendações anteriormente apresentadas.

☐ Sim, concordo em participar no estudo e observar as recomendações anteriormente apresentadas.

☐ Não concordo em participar no estudo.

ANEXO 2.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E PSICOSSOCIAL

Dados sociodemográficos

Data:			
-------	--	--	--

Nº Questionário:			
------------------	--	--	--

Idade: _____ anos

Altura: _____ m

Peso: _____ Kg

Fuma

Sim ☐

Não ☐

Ingere bebidas alcoólicas com regularidade

Sim ☐

Não ☐

Número de irmãos: _____

Escolaridade completa

Ensino básico (até ao 9º ano) ☐

Ensino secundário (até ao 12º ano) ☐

Ensino superior: Licenciatura ☐

Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Profissão:

_____.

Estado civil:

Solteira

Casada

União de facto

Separada/divorciada

Viúva

Tempo da relação conjugal atual:_____.

Já alguma vez esteve grávida:

Não ☐

Sim, sem recorrer a tratamentos ou medicação para engravidar (quantas vezes) _____

Sim, com tratamentos de infertilidade (quantas vezes) _____

Existe história médica de abortos (espontâneos ou infligidos):

Não ☐

Sim ☐ De que tipo?_____.

Filhos anteriores a este diagnóstico:

Sim ☐

Não ☐

Se sim, filhos desta relação (número): _____

Filhos de outra relação (número) _____

Tempo de infertilidade:

_____.

Há quanto tempo foi o diagnóstico realizado:

_____.

Já conhecem a causa/origem para o problema da fertilidade?

Não ☐

Inexplicada/idiopática (já fizeram exames, mas não revelaram onde está o problema) ☐

Fator feminino ☐

Fator masculino ☐

Fator misto (ambos temos problemas de fertilidade) ☐

Outro: _____

Tempo em tratamento (caso se verifique): _____

Número de tratamentos efectuados e qual o tipo (caso se verifique):

Estimulação ovária (gonal, pregnyl, puregon) ☐

Inseminação intra-uterina (IUIs) ☐

Fertilização in-vitro (FIVs) ☐

Injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI) ☐

Doação de esperma ☐

Doação de óvulos ☐

Possui algum tipo de apoio psicológico?

Sim ☐ Há quanto tempo? _____

Não ☐

Qual o grau de importância que atribui ao apoio psicológico tendo em conta a sua situação? (responda quer esteja a ser acompanhada ou não)

1	2	3	4	5
Nada importante				Muito importante

O que significa para si ter um diagnóstico de infertilidade?

Como se sente em relação ao seu corpo?

E como se sentia antes desta situação?
